

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

***CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE***  
***CESSAÇÃO TABÁGICA: Intervenção do Enfermeiro***  
***Especialista em Enfermagem de Reabilitação***

**Carla Maria Tavares Costa Mateus**

**Lisboa**

**2019**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

***CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE***  
***CESSAÇÃO TABÁGICA: Intervenção do Enfermeiro***  
**Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Carla Maria Tavares Costa Mateus**

Orientador: Prof<sup>o</sup> Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**“Você nunca sabe que  
resultados virão da sua ação.  
Mas se você não fizer nada,  
não existirão resultados”**

Mahatma Gandhi

## **Agradecimentos**

Estas páginas que apresento em seguida, constituem o culminar de um trajeto pessoal de 18 meses, mas que apesar de individual não poderia ter sido concluído sem o amparo, colaboração e socorro de algumas pessoas às quais quero deixar o meu muito obrigada.

Ao professor Joaquim Paulo, por toda a paciência, vírgulas e pontos finais que pautaram o meu caminho escrito nos vários momentos.

Aos enfermeiros orientadores, por toda a disponibilidade em transmitir o muito que sabem e em responder às muitas das minhas dúvidas, fomentando o desenvolvimento de conhecimentos novos e consolidando os conhecimentos teóricos adquiridos na escola.

À minha colega de trabalho e amiga Cátia, por todos os turnos assegurados e pelo incentivo deste a primeira hora para a realização deste mestrado.

Aos meus pais e sogros, por todas as caixas herméticas que constituíram um grande apoio de logístico durante estes meses.

Ao meu marido, pela paciência e apoio nas muitas horas fechada no escritório frente a um computador e que muitas vezes terminaram em “não sei fazer isto...”, em volume bem alto.

Ao meu filho, pelos abraços, beijos e carinhos demonstrados a toda a hora, mesmo quando o sono já mal deixava abrir os olhos.

E a Deus por me ter guiado durante estes 43 anos de vida e 20 de enfermeira.



## **Abreviaturas e Siglas**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACM – Artéria Cerebral Média

APA - American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diárias

CSP – Cuidados de Saúde Primário

D.G.S – Direção Geral de Saúde

D.R – Diário da República

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FEV 1 – Volume Expiratório Máximo no Primeiro Segundo

FVC – Capacidade Vital Forçada

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Plano Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

Sat O<sub>2</sub> – Saturação Periférica de Oxigénio

SMI – Serviço de Medicina Interna

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

## RESUMO

O tabagismo é um fenómeno complexo, determinado por múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental, genética e neurobiológica.

O comportamento tabágico é considerado um comportamento adquirido, mantido por um sistema de reforços positivos e negativos. O bem-estar proporcionado pelo cigarro faz com que o ato de fumar se torne repetitivo. O consumo aumenta progressivamente estabelecendo-se a dependência. Os reforços internos (prazer do consumo) e os reforços externos (aprovação e estimulação sociais) levam à consolidação e manutenção do comportamento.

O processo de cessação tabágica é vivenciado na maioria dos casos de forma penosa e stressante, pois a transição de fumador para ex-fumador, acarreta consigo alterações na imagem pessoal, alterações de comportamento social e uma síndrome de abstinência física que dificulta todo o processo.

O exercício físico e respiratório, quando inserido num programa de cessação tabágica permite além da melhoria da capacidade ventilatória e da condição física, produzir hormonas e neurotransmissores capazes de diminuir ou ajudar a tolerar melhor a síndrome de abstinência tabágica.

O objetivo geral deste relatório é evidenciar de forma analítica e crítica o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas essenciais aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Com objetivo de diligenciar para uma identificação precoce de um diagnóstico, bem como, atuar de forma preventiva com o objetivo de garantir a conservação das aptidões funcionais das pessoas antecipando complicações e precavendo a instalação de incapacidades.

Este relatório tentará concomitantemente, evidenciar o desenvolvimento dos diversos domínios e consequentes unidades de competência que compõem o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras – Chave: Cessação Tabágica; Exercício Físico; Exercícios Respiratórios; Enfermagem de Reabilitação

## **ABSTRACT**

Smoking is a complex phenomenon, determined by multiple factors of cultural, social, economic, behavioral, genetic and neurobiological nature.

Smoking behavior is considered an acquired behavior, maintained by a system of positive and negative reinforcements. The well-being provided by the cigarette causes the smoking to become repetitive. Consumption increases progressively by establishing dependency. Internal reinforcement (pleasure of consumption) and external reinforcement (social approval and stimulation) lead to the consolidation and maintenance of behavior.

The smoking cessation process is experienced in most cases in a painful and stressful way, since the transition from smoker to ex-smoker, causes changes in personal image, changes in social behavior and a withdrawal syndrome that hinders the whole process.

Physical and respiratory exercise, when inserted in a smoking cessation program, allows for the improvement of the ventilatory capacity and the physical condition, producing hormones and neurotransmitters capable of reducing or helping to enhance the tolerance of smoking cessation syndrome.

The general objective of this report is to highlight analytically and critically the development of scientific, technical and human skills essential to specialized rehabilitation nursing care. In order to ensure early identification of a diagnosis, as well as to act preventively with the goal of ensuring the conservation of people's functional abilities by anticipating complications and preventing the installation of disabilities.

At the same time, this report will try to highlight the development of the different domains and consequent units of competency that make up the Common Nurse Competency Regulation and the Specific Skills Regulation of the Specialist Rehabilitation Nursing Specialist.

Key words: Smoking Cessation; Physical exercise; Respiratory Exercises; Nursing Rehabilitation

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Enquadramento Conceptual do Tema.....</b>	<b>15</b>
1.1.1. Impacto na pessoa, família e sociedade .....	15
1.1.2. A pessoa em processo de cessação tabágica.....	17
1.1.3. A intervenção do EEER num programa de cessação tabágica.....	20
1.1.4. Quadro de referência em enfermagem: Teoria das Transições.....	22
<b>2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2. Locais de Estágio.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3. Análise das Atividade Desenvolvidas em Função dos Objetivos de Estágio.....</b>	<b>28</b>
<b>2.4. Análise das Atividade Realizadas em Função do Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....</b>	<b>40</b>
<b>2.5. Análise das Atividade Realizadas em Função do Desenvolvimento das Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....</b>	<b>55</b>
<b>2.6. Avaliação Global do Trabalho Desenvolvido em Estágio.....</b>	<b>61</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	

<b>Figura 1: Teoria das Transições de Meleis.....</b>	<b>24</b>
---	-----------

## ANEXOS

**Anexo I – Campanha da DGS “Dia Mundial do Não Fumador 2018”**

## APÊNDICES

**Apêndice I – Projeto de Formação**

**Apêndice II - Revisão *Scoping***

**Apêndice III – Planeamento das atividades**

**Apêndice IV - Cronograma de atividades**

**Apêndice V – Estudo de caso I**

**Apêndice VI – Estudo de caso II**

**Apêndice VII – Processo de enfermagem I**

**Apêndice VIII – Plano de sessão “Uma conversa entre colheradas”**

**Apêndice IX – Apresentação “Uma conversa entre colheradas”**

**Apêndice X – Cartaz de divulgação “Sessão multidisciplinar”**

**Apêndice XI – Plano de sessão multidisciplinar**

**Apêndice XII – Apresentação “Sessão multidisciplinar”**

**Apêndice XIII – Jornal de aprendizagem I**

**Apêndice XIV – Exercícios de estimulação cognitiva**

**Apêndice XV – Plano de sessão “Cuidar da pessoa com diagnóstico de demência”**

**Apêndice XVI – Apresentação “Cuidar da pessoa com diagnóstico de demência”**

**Apêndice XVII – Fotos sessão – “Cuidar da Pessoa com diagnóstico de demência”**

**Apêndice XVIII – Jornal de aprendizagem II**

**Apêndice XIX – Atividade “Há saúde no mercado” - vacinação sazonal**

**Apêndice XX – Atividade “Há saúde no mercado” – Prevenção e controlo no doente com diabetes**

**Apêndice XXI – Atividade “Mercado da cidadania” – Uso responsável do medicamento**

**Apêndice XXII – Exercício cognitivo adaptado ao utente**

**Apêndice XXIII – Jornal de aprendizagem III**

**Apêndice XXIV – Jornal de aprendizagem IV**

**Apêndice XXV – Jornal de aprendizagem V**

**Apêndice XXVI – Processo de enfermagem II**

**Apêndice XXVII – Processo de enfermagem III**

**Apêndice XXVIII – Instrumento de colheita de dados – avaliação neurológica**

**Apêndice XXIX – Processo de enfermagem IV**

**Apêndice XXX – Folheto - Exercícios para fortalecimento da musculatura da face**

**Apêndice XXXI – Folheto – Exercícios de fortalecimento muscular e reeducação ao esforço**

**Apêndice XXXII – Processo de enfermagem V**

## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Para a redação deste relatório, recorrei a uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, sobre o meu percurso formativo durante as 18 semanas que constituíram o período de ensino clínico.

O objetivo geral deste relatório é evidenciar de forma analítica e crítica o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas essenciais aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, concretizados no referido período de ensino clínico.

Este relatório tentará evidenciar o desenvolvimento dos diversos domínios e consequentes unidades de competência que compõem o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Pretendo, concomitantemente neste documento demonstrar ter atingido os descritores generalizados de qualificação, englobados no 2º Ciclo dos Descritores de Dublin, de forma a que me seja atribuído o grau académico de mestre.

Por último, tentarei mostrar que utilizei os conhecimentos adquiridos durante a elaboração do projeto de estágio (apêndice I) sobre a temática da cessação tabágica.

O consumo de tabaco nos países desenvolvidos, constitui a principal causa evitável de doença e de morte, repercutindo-se pesadamente a nível económico e social em todo o planeta. Atinge todas as regiões do mundo, desde os países mais desenvolvidos aos mais carenciados, potenciando as assimetrias em saúde.

O tabagismo é um fenómeno complexo, determinado por múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental, genética e neurobiológica.



Segundo dados publicados pela União Europeia, em 2017, o consumo de tabaco continua a ser o maior risco de saúde evitável nesta região do mundo, sendo responsável por 700.000 mortes a cada ano, no velho continente.

O relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) publicado em novembro de 2017 e que divulga dados referentes a 2016, menciona que nesse ano, morreram em Portugal mais de 11.800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, entre fumadores, ex-fumadores e pessoas que durante a sua vida estiveram expostas ao fumo ambiental (D.G.S, 2017).

O comportamento tabágico é considerado um comportamento adquirido, mantido por um sistema de reforços positivos e negativos. O bem-estar proporcionado pelo cigarro faz com que o ato de fumar se torne repetitivo. O consumo aumenta progressivamente estabelecendo-se a dependência.

As novas formas de tabaco, como é o caso do tabaco aquecido e dos cigarros eletrónicos, que surgem atualmente com a publicidade de serem ausentes da criação de cinza, inodoros e com pouca formação de fumo, pareciam ser uma solução mais "saúdável" para os fumadores. Contudo, os estudos mais recentes como o trabalho da responsabilidade de Sohal concluíram que "os produtos mais novos não eram de forma alguma menos tóxicos para as células do que os cigarros convencionais ou o vapor dos cigarros eletrónicos"(Jornal I, 2019, p.31). Constituindo estas mudanças, na imagem do fumador, desafios para os profissionais de saúde independentemente da área onde prestem cuidados.

Este relatório será composto por um capítulo onde se irá realizar uma pequena revisão da literatura sobre a temática do tabagismo e a sua repercussão a nível da saúde mundial, nacional e pessoal; identificarei de forma sucinta a importância dos exercícios físicos e dos exercícios respiratórios como coadjuvantes não farmacológicos num processo de desabitação tabágica. Incluirei também, uma menção ao papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação num processo de cessação tabágica. Terminarei este capítulo com a identificação do Modelo Teórico de Enfermagem utilizado para pautar a minha conduta/ ação durante o período de estágio.

O modelo teórico que entendi mais adequado para a problemática estudada, foi a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis, que permite ao profissional de enfermagem, obter uma visão completa e aprofundada de uma transição, sendo possível a este profissional colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e

intervenção terapêutica perante a transição que a pessoa vivência (Meleis et al., 2000).

O relatório prosseguirá com a descrição das ações realizadas para atingir o objetivo geral e os objetivos específicos, que delineei no projeto de estágio, bem como, a análise do modo como as atividades realizadas contribuíram para desenvolver as competências enunciadas pela Ordem do Enfermeiros (OE) e pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Terminarei este segundo capítulo com algumas considerações gerais sobre o período de estágio, tentando evidenciar a aquisição das mestrias exigidas pelos Descritores de Dublin para um 2º ciclo de formação a nível do Ensino Superior.

Concluirei este relatório com um capítulo sobre considerações finais, onde pretendo mais uma vez, evidenciar a relevância da temática estudada.

Este relatório seguirá as normas da American Psychological Association (APA) para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações.



## 1. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

### 1.1 Enquadramento Conceptual do Tema

#### 1.1.1 Impacto na pessoa, família e sociedade

O tabagismo é desde o final do século passado, o mais importante fator evitável de doenças crónicas não transmissíveis e de mortalidade prematura a nível mundial. A multiplicidade de doenças que advêm do consumo do tabaco, levou a países como Portugal, a manter o seu combate como um Programa de Saúde Prioritário, conjuntamente com políticas encorajadoras da evicção tabágica consertadas a nível europeu e mundial.

O tabaco causa cerca de 7 milhões de mortes por ano (5,1 milhões de homens e 2 milhões de mulheres), no mundo, sendo que quase 900 mil são devido ao fumo de terceiras pessoas, refere a sexta edição do “Atlas do Tabaco” 2018, elaborado pela Associação Americana do Cancro e pela Organização Mundial Vital Strategies.

Em 2016, segundo estimativas elaboradas pelo Institute of Health Metrics and Evaluation, e divulgadas no PNPCT em novembro de 2017, “morreram em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, o que corresponde à morte de uma pessoa a cada 50 minutos. Destas, 9 263 eram homens (16,4% do total de óbitos) e 2581 eram mulheres (4,7% do total de óbitos)”. (DGS, 2017, p.5)

O tabaco é um produto processado a partir das folhas de plantas do género *Nicotiana tabacum*, que são cultivadas, colhidas, armazenadas e processadas de formas diversas, produzindo diferentes tipos de tabaco, que são absorvidos em diferentes segmentos do corpo humano.

Associado à folha de tabaco a tecnologia dos aditivos é um instrumento crucial usado na indústria, para estimular o consumo e a dependência, “o atual cigarro norte-americano contem cerca de 10% de aditivos em peso, particularmente sob a forma de açúcares e sabores” (Simões, 2010, p. 27).

Em 2016 e segundo a D.G.S (2017), o tabaco foi responsável por 46.4% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Dos doentes que morreram com neoplasias, 19,5% dos óbitos encontravam-se relacionados com o tabaco. Das mortes por infeções respiratórias do trato inferior, 12% apresentavam na sua história clínica menção ao tabaco e 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares encontrava-se ligada ao contato com esta substância. De salientar que estes dados

se referem a Portugal e que não incluem apenas fumadores ativos, incluem também ex-fumadores e pessoas sujeitas à exposição ao fumo ambiental durante a sua vida.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde (2014), a percentagem de fumadores em Portugal ronda os 20,0% da população com 15 ou mais anos. Da percentagem de fumadores, 81,9% fumava cigarros diariamente e, destes a maioria fumava, em média, 11 a 20 cigarros por dia.

Conforme refere a Associação Americana do Cancro e a Organização Mundial Vital Strategies (2008), os custos económicos em Portugal, relacionados com o consumo de tabaco, ascendem a 3 061 milhões de euros, incluindo custos diretos relacionados com despesas de saúde e custos indiretos relacionados com a perda de produtividade devido a patologias relacionadas com o consumo do tabaco e mortalidade precoce.

Fumar é um ato muito complexo. Determinado por uma dependência física que segundo Moreira assenta num “mecanismo de dependência da nicotina, tal como o de outras substâncias psicoestimulantes (cocaína, álcool, opiáceos e anfetaminas), é mediado pelo **sistema dopamino-mesocorticolímbico** também designado por **sistema de recompensa cerebral**” (Moreira, 2010, p.73) e associado com múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental e genética.

Abandonar o consumo do tabaco não se mostra tarefa fácil. Um estudo da União Europeia, divulgado em 2017, revelou que na Europa cerca de um terço das pessoas fumadoras afirmaram ter tentado parar de fumar em algum momento da sua vida, sem alcançar sucesso. Destas, 6,3% referiram ter realizado esta tentativa nos últimos 12 meses e 30,1% há mais de um ano. Dos fumadores que tentaram parar de fumar e não alcançaram o seu objetivo, 4 em cada 5 tentaram fazê-lo sem assistência e apenas 1 tinha recorrido a auxílio. (D.G.S, 2017)

Em novembro de 2016, foi publicado em Portugal o Despacho n. °14202-A/2016, que veio estabelecer diversas iniciativas de incentivo à cessação tabágica, com destaque para a isenção do pagamento das taxas moderadoras nas consultas de desabitação tabágica. Em 1 de janeiro de 2017, um dos medicamentos de primeira linha no tratamento do tabagismo, passou a ser abrangido por uma comparticipação de 37% pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), como forma de auxiliar a luta contra o tabagismo.

### 1.1.2. A pessoa em processo de cessação tabágica

O comportamento tabágico é considerado um comportamento adquirido, mantido por um sistema de reforços positivos e negativos. O bem-estar proporcionado pelo cigarro faz com que o ato de fumar se torne repetitivo. O consumo aumenta progressivamente estabelecendo-se a dependência. Os reforços internos (prazer do consumo) e os reforços externos (aprovação e estimulação sociais) levam à consolidação e manutenção do comportamento.

No nosso país existe um Programa-Tipo de Atuação na Cessação Tabágica, elaborado pela D.G.S, desde o ano de 2007 e ainda em vigor. No referido programa o papel do enfermeiro, na intervenção breve, é similar a qualquer outro profissional de saúde, “todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudável (...), em particular no que se refere à prevenção e ao tratamento do tabagismo” (D.G.S, 2007, p.29).

Ao observarmos o programa estruturado de apoio intensivo, explicitado no mesmo Programa-Tipo de Atuação, identificamos que o enfermeiro desempenha um papel de coadjuvante do doente no preenchimento do questionário de autopreenchimento e apoio ao médico, nomeadamente nos contactos telefónicos padronizados para o Dia D e para o *follow-up* aos 2 e 6 meses.

Num processo adaptativo difícil, como é transitar de fumador para não fumador, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), como alguém que “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010,p.3), exponencia a possibilidade de utilizando o processo de enfermagem, estabelecer com o fumador várias ações planeadas, de forma a alcançar com maior sucesso a desejada e muito necessária evicção tabágica.

Concomitantemente a vida sedentária é apontada mundialmente, como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas intransmissíveis. Pelo contrário, a atividade física, mesmo que ligeira ou moderada é identificada como um fator essencial para a promoção de um estilo de vida saudável, devido à sua importância na prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que

requiera gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer.

Um pouco de atividade física é melhor do que nenhuma, pois melhora a condição muscular e cardiorrespiratória, previne a osteoporose, minora o risco de hipertensão, doença cardíaca coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes, cancro de cólon e da mama, reduz o risco de depressão, diminui o risco de quedas, bem como de fraturas do fémur ou vertebrais e é fundamental para o controle de peso.

Para além destes fatores mundialmente aceites, pela pesquisa realizada consegui identificar 10 estudos que foram incluídos na revisão *scoping* (apêndice II) e que são unânimes em atribuir ao exercício físico e ao exercício respiratório, separadamente ou concomitantemente, uma conotação positiva num programa de cessação tabágica, quer numa fase inicial do processo de abstinência, quer no *follow-up* a médio e longo prazo (3, 6 e 12 meses).

Como concluíram os autores do estudo realizado na Universidade de Granada, “Our results show that physical exercise, performance of treatment-related tasks, and effective coping with withdrawal symptoms can prolong abstinence from smoking. Programs designed to help quit smoking can benefit from the inclusion of these factors”. (López-Torrecillas, et. al. 2014, p. 4)

Também a revisão sistemática da literatura realizada por Ussher, Taylor e Faulkner (2014), que analisou 20 trabalhos. Observou em 6 desses trabalhos, taxas de abstinência significativamente mais elevadas em programas de desabitação tabágica que englobavam exercício físico, sendo estas taxas igualmente bem-sucedidas na avaliação de 3, 6 e 12 meses de abstinência. Os mesmos autores referem como explicações para este sucesso, o facto de o exercício poder ser apresentado como uma estratégia que aumenta a autoestima e orgulho pessoal, e reforça uma identidade como um não-fumante e como uma pessoa fisicamente ativa.

No entanto existem estudos que identificaram substâncias quantificáveis, que podem coadjuvar a importância do exercício físico num processo de cessação tabágica.

Enquanto fumadores, os indivíduos apresentam um nível de Cortisol no sangue elevado em relação a um indivíduo não fumador. Esta hormona é responsável por sensações de bem-estar e prazer, bem como pelo controlo do stress. Muitos fumadores referem necessitar de fumar para conseguir, por exemplo, trabalhar de manhã, devido ao incremento do nível desta hormona induzido pelo consumo do

tabaco. No primeiro dia de abstinência o fumador vivencia uma redução do cortisol, sentindo-se com dificuldade de concentração ou de retirar prazer da vida.

O estudo realizado por Vaughan, et al. em 2014, classificado pelos autores como “o maior estudo cruzado realizado nesta área de investigação até à data” (2014, p.1077), identificaram que os níveis mais elevados de cortisol quer na saliva quer no sangue, foram observados após o exercício físico vigoroso em comparação com o exercício moderado e de fraca intensidade. Sugerem assim os autores, que o exercício vigoroso pode atenuar a redução do cortisol sentida pelos fumadores desde o primeiro dia de abstinência.

Vaughan, et al. (2014) identificou no estudo realizado a existência de semelhanças entre os efeitos da nicotina e os efeitos do exercício físico, sobre os neuros químicos, nomeadamente a noradrenalina, envolvidos no comportamento viciante e reguladores do humor, pelo que, sugerem que a noradrenalina pode ser um marcador mais relevante do que o cortisol para explicar a relação entre exercício e *craving*.

Da análise realizada dos diversos textos Shahab, Sarkar e West (2012); Bock et.al (2012) e Wang et.al (2014), estes foram unânimes em atribuir valor terapêutico auxiliar à dissociação dos tempos respiratório e à respiração abomino- diafragmática. Apesar da relevância das conclusões, um dos estudos Shahab, Sarkar e West (2012), adverte para o facto de que o estudo foi realizado em população ocidental sem conhecimento prévio da filosofia Yoga, e que em culturas mais familiarizadas com estes exercícios, seria expectável uma maior adesão, nomeadamente na replicação dos exercícios no domicílio ao longo do dia, de forma a poder ser avaliada a ação dos exercícios respiratório nos picos de *craving* durante mais tempo.

Respirar e exercícios respiratórios são parte integrante da técnica de Reeducação Funcional Respiratória, terapêutica não invasiva e que se socorre dos movimentos respiratórios mecânicos externos para a sua realização, e que como refere Olazabal (2003, p.1807), tem por objetivo “o restabelecimento funcional da respiração”, de acordo com a faixa etária e a condição do doente.

Segundo Cordeiro e Menoita (2012, p. 61), os objetivos da reeducação funcional respiratória são:

“prevenir e corrigir as alterações do esqueleto e músculos; reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo assim a sobrecarga muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação



alveolar; melhorar a *performance* dos músculos respiratórios e reeducação no esforço” (Testas e Testas, 2008; Costa e Coimbra, 2007; Heitor et.al, 1998).

Cada programa de Reeducação Funcional Respiratória deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta as especificidades de cada pessoa (grau de motivação da pessoa, capacidade de aprendizagem, situação socioprofissional e familiar), o local de aplicação do programa (hospital ou ambulatório), a história clínica da pessoa, os objetivos que se pretendem alcançar com a realização do programa, e os meios disponíveis para auxiliar nas diferentes técnicas.

Concomitantemente com as técnicas respiratórias, a prática de exercício físico é como refere Cordeiro e Menoita, “atualmente, reconhecido como componente fundamental e aglutinador dos programas de Reeducação Funcional Respiratória” (Cordeiro & Menoita, 2012, p.117), esta prática é composta por exercícios aeróbios e treino de força ou resistência.

Como referido anteriormente, na pessoa em processo de cessação tabágica o exercício físico permite além da melhoria da capacidade ventilatória e da condição física, produzir hormonas e neurotransmissores capazes de diminuir ou ajudar a tolerar melhor a síndrome de abstinência tabágica, e se, alguns estudos apontam para resultados recorrendo a exercício de intensidade elevada, para alcançar benefícios, outros referem exercício ligeiro a moderado, também como uma mais-valia nesta luta contra os sintomas provocados pela cessação do consumo da nicotina e na procura de alterar estilos de vida pouco saudáveis, em grande parte dos casos instituídos há muitos anos.

### 1.1.3 - A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação num programa de cessação tabágica

A enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais tal como descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (O.E, 2010, p.1).

No mesmo regulamento pode ler-se que “a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a

assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (O.E, 2010, p.1).

Este projeto de formação tenta responder à aquisição destas competências, pois visa potenciar o sucesso num processo de cessação tabágica, de forma a, assegurar a função respiratória e a prevenir complicações como a instalação de enfisema, evitando incapacidades decorrentes de uma má distribuição e ventilação alveolar.

Os cuidados do EEER agregam uma área de intervenção especializada que resulta de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Neste corpo de conhecimentos e procedimentos encontra-se a Reeducação Funcional Respiratória, pelo que, este projeto não poderia ser realizado por um enfermeiro generalista, ou por um enfermeiro especialista em outra área de especialização, já que esta temática não se inclui nas suas competências.

Os cuidados do EEER dirigem-se tal como referido pela OE “à pessoa em todas as fases do ciclo vital” (O.E, 2010.p.1), pelo que não foi instituído neste projeto limite de idade na população a estudar e na população intervencionada.

De forma a canalizar a investigação em enfermagem para temas prioritários para os cuidados a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015), definiu áreas prioritárias a investigar nesta especialidade. Pelo enquadramento conceptual apresentado nos sub - capítulos anteriores, entendo que este projeto se enquadra na área definida como mais prioritária por estudar: os “Processos Fisiológicos estudando as intervenções autónomas do EEER na função motora e na função respiratória” (O.E, 2015, pag.5). Concomitantemente insere-se na área prioritária: Estilos de Vida Saudável (ergonomia e exercício físico) (O.E, 2015, pag.4).

A qualidade de cuidados prestados e a sua melhoria contínua necessitam de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos EEER. Em 2015 foi publicado um documento pela OE estabelecendo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. No caso do tema apresentado, penso ter condições para se enquadrar no *Core* de Indicadores definido pela OE, já que procurarei com a minha ação, auxiliar no processo de transição de fumador para ex-fumador de forma menos stressante; perseguindo níveis elevados de satisfação da pessoa; ajudando a alcançar o máximo potencial de saúde; prevenindo complicações; buscando conjuntamente com a pessoa, desenvolver processos adaptativos eficazes para contornar o tabagismo; desenvolver processos

de reeducação funcional, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade, muitas vezes comprometida pelo uso de uma substância psicoativa.

#### 1.1.4 – Quadro de referência em enfermagem: Teoria das Transições

A teoria das transições desenvolvida por Afaf Meleis, permite ao profissional de enfermagem obter uma visão completa e aprofundada de uma transição, sendo possível a este profissional colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica, perante a transição que a pessoa vivência (Meleis et al., 2000).

O conceito de transição pode ocorrer devido a uma mudança no estado saúde/doença, a uma mudança de desenvolvimento (relacionado com o ciclo de vida), a uma mudança situacional ou ainda a uma mudança organizacional.

Uma transição mostra mudança de necessidades em todo o seu ser e exige que a pessoa incorpore recentes conhecimentos, altere comportamentos e transforme a sua definição de *self* no ambiente. “Exige uma vivência conjunta entre a identidade presente e a “nova” identidade numa complexa interação pessoa-ambiente” (Meleis 1994, p.256).

Na cessação tabágica considerarei dois tipos de transições, num padrão múltiplo e simultâneo. A transição situacional que ocorre de fumador para ex-fumador, onde a pessoa vai ter que desenvolver mestria, gerando uma nova imagem de si mesmo (sem cigarro); e uma transição saúde/doença, pelo surgimento da síndrome de abstinência.

Existem algumas condições que influenciam o processo de transição. Estas condicionantes podem tomar o papel de facilitadores ou inibidores do processo de transição e devem ser trabalhados de forma a alcançar o sucesso num processo de desabitação tabágica.

Estas condicionantes podem encontrar-se relacionadas com fatores pessoais, da comunidade e da sociedade. As condicionantes pessoais relacionam-se com os significados (neutros, positivos ou negativos) concedidos aos episódios que constituem a transição, são exemplos destes condicionantes pessoais as crenças e posturas culturais; a condição socioeconómica; a preparação e o conhecimento prévio da ocorrência da transição (Guimarães e Silva, 2016).

As condicionantes que advêm da comunidade e da sociedade, como por exemplo, a existência de apoio familiar e social ou de recursos instrumentais, podem igualmente complicar ou auxiliar a transição. (Guimarães e Silva, 2016)

A teoria de enfermagem das transições assenta em 5 propriedades essenciais:

- **Consciencialização:** esta propriedade encontra-se relacionada com o reconhecimento de que se está a viver uma transição. O nível de perceção reflete-se, muitas vezes, no nível de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas dadas, e as perceções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000);
- **Empenho:** o nível de consciencialização influencia o nível de empenho, pois o cliente só pode envolver-se depois de adquirir a consciencialização da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela, em que tal não acontece. (Meleis et al., 2000);
- **Mudanças e diferenças:** é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição. A mudança inclui a natureza, a temporalidade, a importância ou a gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis et al., 2000); A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não resolvidas ou desviantes; como por exemplo, sentir-se diferente; compreender-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira díspar.
- **Espaço temporal:** esta propriedade começa nos sinais iniciais de antecipação, e prolonga-se até alcançar a perceção ou demonstração de mudança. É caracterizada por apresentar períodos de instabilidade, confusão e *stress*;
- **Eventos e pontos críticos:** associados com a consciência de mudança e com um maior empenhamento na experiência de transição. Cada ponto crítico impõe ao enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de aumento da vulnerabilidade.

Para um melhor esclarecimento da operacionalização que pretendo realizar durante o ensino clínico desta teoria de enfermagem, apresentarei seguidamente um caso hipotético, recorrendo ao esquema de atuação elaborado por Afaf Meleis.

#### **Caso:**

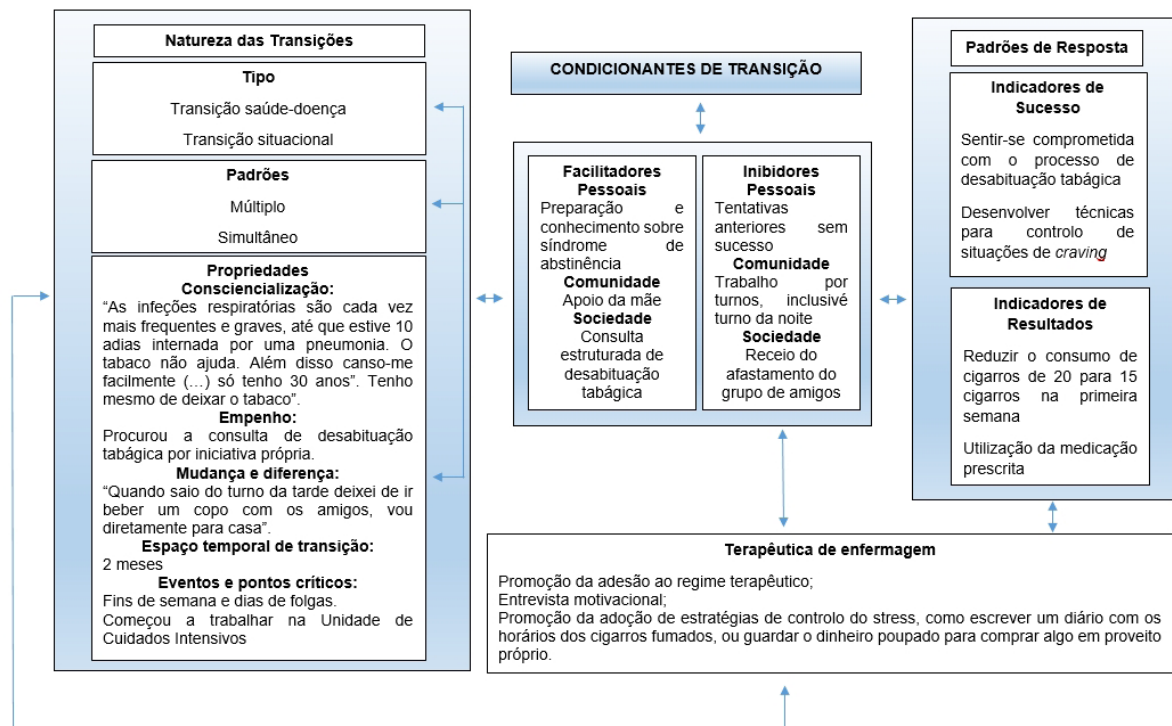
A senhora J. tem 30 anos, solteira, auxiliar de ação médica, num hospital distrital. Nos últimos 3 anos recorreu por diversas vezes ao Serviço de urgência por crises de dificuldade respiratória e infeções respiratórias. No último mês esteve internada 10

dias, no Serviço de Pneumologia, com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade.

A quando da alta hospitalar, foi requerida consulta de desabitação tabágica, que aguarda marcação.

Dirige-se à Unidade para pedir antecipação da consulta de desabitação, pois encontra-se muito motivada.

**Figura 1:** Teoria das Transições de Meleis



Espero com este caso hipotético, ter conseguido justificar a escolha desta teórica, para se encontrar subjacente a este processo de aquisição de competências.

## **2.IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

### **2.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos**

Um objetivo é, na definição do dicionário, “aquilo que se pretende atingir” (Texto Editores, 2011, pág. 428), ou seja, é o fim. A finalidade de realizar algo.

Só com a elaboração de objetivos podemos traçar os caminhos que pretendemos percorrer, para alcançar a aquisição de conhecimentos.

De forma a guiar o meu trajeto pelos dois campos de estágio, defini objetivos gerais e objetivos específicos.

Decidi formular os objetivos de forma a possibilitar, serem comuns aos dois campos de estágio, pois entendi que o objetivo supremo, de aquisição de conhecimentos, sairia valorizado com a experiência em ambientes dispares.

Alguns objetivos foram formulados de forma a abranger as competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, face a alterações da funcionalidade ao nível da função neurológica, respiratória, cardíaca, entre outras, ao longo do ciclo de vida, independentemente da pessoa/ família/comunidade alvo de cuidado, ter hábitos tabágicos.

Os restantes objetivos foram formulados tendo por suporte a temática desenvolvida no projeto e caracterizada no quadro conceptual, anteriormente apresentado.

Tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010) foram delineados os seguintes objetivos:

#### **Objetivo geral:**

- Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no cuidado à pessoa/família /comunidade, em todo o ciclo de vida.

**Objetivos específicos:**

- I. Compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC e do Serviço de Medicina Interna;
- II. Aplicar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família/ comunidade, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- III. Analisar os conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador;
- IV. Valorizar o autocuidado e os estilos de vida saudável, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador.

**2.2. Locais de Estágio**

Com a desígnio de atingir a finalidade:

“desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social” (Estágio com Relatório, Documento orientador, 2018, s.p).

Realizei o meu período de Ensino Clínico dividido em dois contextos distintos. A nível dos cuidados de saúde primários foi inserida numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e o período correspondente a cuidados de saúde hospitalares decorreu num Serviço de Medicina Interna (SMI).

A UCC tem como área geográfica de intervenção um concelho que ocupa um total 462.9 Km<sup>2</sup>. Dividido em 4 freguesias, com uma população residente de 62 740 habitantes (INE, Censos 2011).

As UCC foram criadas com o desígnio de prestar:

“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de integração (Diário da República, 1<sup>o</sup> Série, nº28 de 22 de fevereiro de 2008)”. (Sousa & Santos, 2017, p.6)

A UCC apresenta como programas específicos:

- Programa no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – “Qualidade de vida...sempre!” – que apresenta como objetivos:  

“planear, desenvolver e avaliar intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social dirigidas ao indivíduo dependente e família, no domicílio, orientados para a prevenção, resolução ou palição de problemas concretos, numa perspetiva global que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade e bem-estar da população alvo.”  
 (Sousa & Santos, 2017, p.12)
- Programa de formação técnica externa para Auxiliares de Ação Médica: “Troca de experiências – com o objetivo de “formar as Auxiliares de Ação Direta das IPSS do concelho sobre diversos temas de interesses/necessidades”. (Sousa & Santos, 2017, p.15)
- Programa de “Prevenção de quedas na pessoa Idosa” – com os objetivos de “identificar e modificar os fatores de risco existentes; ensinar estratégias que reduzam o perigo de queda; contribuir para a prevenção das quedas na população idosa”. (Sousa & Santos, 2017, p.16)
- Programa de desenvolvimento profissional e formação continua: “Partilha de saberes” – com a finalidade de “melhorar o desempenho profissional e a qualidade dos cuidados prestados” (Sousa & Santos, 2017, p.17).
- Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade: “Sê bem-vindo bebé” e Programa de Massagem infantil: “Mãos e sorrisos” – da responsabilidade da enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica.

O SMI onde estagiei, detém como missão, tal como referido no Plano de Ação 2013-2015, a “promoção da saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”. (2013, pag.2)

Este serviço divide a sua atividade clínica pela área de Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia e Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM). Durante o meu período de ensino clínico, por ter ocorrido no pico da gripe sazonal, a valência de Hospital de Dia foi reduzida e acrescentadas camas de internamento nesse espaço,



destinada a doentes pouco estabilizados, mas que não apresentavam critérios de admissão ou permanência numa unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios.

O internamento na enfermaria de SMI, destina-se a doentes da área médica que necessitam de terapêutica, investigação diagnóstica, e vigilância clínica em meio hospitalar, sendo os diagnósticos clínicos mais comuns as Traqueobronquites, as Pneumonias, o AVC e a Insuficiência Cardíaca.

Seriam dois locais de difícil implementação do meu projeto de formação, devido à especificidade da temática, o que constituiu mais um desafio no decorrer deste percurso.

## 2.3 Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos do Estágio

No planeamento de atividades delineado no projeto de formação (apêndice III), encontram-se sob a forma de quadros, as ações planeadas para cada local de ensino clínico com a finalidade de atingir os objetivos pré-estabelecidos.

Procederei nas próximas linhas à descrição das atividades realizadas, identificando as ações que já se encontravam planeadas e reconhecendo alterações que a especificidade dos locais de estágio possibilitaram/exigiram, para adquirir um corpo de conhecimentos amplo.

Como primeiro objetivo secundário tinha estabelecido: “**compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC e do SMI**”. Este objetivo foi sendo alcançado ao longo de todo o estágio, com predomínio maior nas primeiras semanas de permanência em cada local de ensino clínico, de acordo com o cronograma apresentado (apêndice IV).

Para alcançar este objetivo realizei as seguintes atividades:

- Identificação do espaço físico e dos recursos materiais e humanos disponíveis na UCC e no SMI;
- Descrição da estrutura organizacional da equipa;

- Estimulação da colaboração interprofissional com todos os elementos que formam a UCC e o SMI;
- Descrição da forma como a UCC e o SMI, se articula com outras unidades e como mobiliza os recursos da comunidade;
- Enumeração de protocolos e normas de atuação da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;
- Participação em reuniões de equipa.

Em relação ao objetivo atrás referido, consegui cumprir todas as atividades a que me tinha proposto a quando da elaboração do projeto. Este fato, penso, estar relacionado com ter realizado entrevistas anteriores à programação das atividades a realizar, nos dois locais de estágio.

Outra ação desenvolvida foi a leitura do Manual de Acolhimento e Integração para Profissionais e Estudantes, em vigor na UCC e consulta de legislação sobre a reorganização dos cuidados de saúde primários, com o intuito de conhecer a missão desta Unidade, qual a população-alvo, as suas necessidades, os projetos aí implementados, recursos humanos e materiais e articulação com outros serviços.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, incluídos nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento.

Em consonância com o regime estabelecido no referido diploma, os ACES são “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica”. (Diário da República, 2009:15438)

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), que foi iniciada em Portugal no ano de 2006, implicou a reorganização das estruturas existentes e dos profissionais que os integravam, e levou à criação de novas estruturas.

Entre as unidades funcionais implementadas, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), foram constituídas com o objetivo de, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro:

“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Diário da República, 2009:15438)

A área geografia abrangida pela UCC onde estagie é de 462,9 Km<sup>2</sup>, com um total de população residente de 62 740 habitantes (INE,2011). Que se encontram distribuídos por uma densidade populacional de 135,1 habitantes por Km<sup>2</sup> (INE,2011).

De acordo com o Censos de 2011 (INE) o índice de envelhecimento para o concelho era de 105,8 encontrando-se abaixo do índice de envelhecimento nacional, que se registava na mesma data nos 129, no entanto, dado o valor apresentado para o concelho pode-se concluir que existem mais pessoas com idade superior a 65 anos que população jovem. (INE,2011, pag14)

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar que demonstra ser dinâmica, onde transparece o trabalho de equipa e a visão holista do utente, família e cuidadores informais.

Na sua composição encontra-se um médico, uma psicóloga e uma assistente social não em permanência, mas apenas com horário de apoio, duas assistentes técnicas, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, uma enfermeira especialista em Enfermagem na Comunidade que é responsável pelos projetos da Saúde Escolar do concelho, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma fisioterapeuta e cinco enfermeiras que compõe a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Podem ainda recorrer a outros profissionais do ACES, como é o caso do nutricionista, caso se mostre relevante para o caso assistido.

A EEER da UCC realiza programas de reabilitação durante os dias úteis, em parceria com o enfermeiro gestor de caso, que é o método de trabalho instituído na Unidade.

Realizei três dias de acompanhamento com diferentes enfermeiras que integram a ECCI, e acompanhei ainda a fisioterapeuta na visita a um utente. Estas ações constituíram-se como mecanismos facilitadores da minha integração na equipa,

bem como, permitiram aumentar os meus conhecimentos sobre a atividade destas equipas.

Presenciei e participei em reuniões semanais da ECCL, em que a gestão dos recursos materiais é matéria de debate, bem como ocorre a discussão de casos clínicos assistidos por esta equipa, numa filosofia de entreajuda no seio da mesma.

Assisti à reunião mensal da UCC, onde todos os elementos das várias valências, se reúnem para discutir casos, resumir formações assistidas, discutir ou relembrar legislação recente ou já existente, e aferir ações a desenvolver, bem como, analisar os indicadores de cuidados da unidade.

O SMI, onde estagiei, divide a sua atividade clínica pela área de Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia e a UCIM. O Internamento, o Hospital de Dia e a UCIM encontram-se geograficamente no 3º, 4º e 5º piso, da ala nascente da Unidade Hospitalar, num total de 51 camas.

O SMI detém como objetivo, ser reconhecido como um serviço de referência no cuidar dos doentes, recorrendo a técnicas eficientes e terapêuticas inovadoras, primando por uma prática médica e de enfermagem de excelência.

Pretendendo distinguir-se pela fácil acessibilidade, “pela competência na organização assistencial, pela ética profissional e pelo compromisso com o doente e atenção às necessidades dos seus familiares. Pretende ainda desenvolver atividades complementares como as do ensino pré e pós-graduado e de investigação”. (Regulamento Interno, 2009, pag.1)

No SMI beneficieei da oportunidade de consultar o plano de ação, mais recente, elaborado pela direção do serviço, conjuntamente com a consulta de procedimentos próprios dos diversos serviços, já que o estágio foi realizado nas várias valências, anteriormente descritas.

Os enfermeiros que exercem funções no SMI possuem como princípios gerais implícitos na sua atividade assistencial, o princípio de exercer a profissão de enfermagem com preocupação pela defesa da Liberdade e da Dignidade da Pessoa Humana e do Enfermeiro, respeitando os Valores Universais – Igualdade, Liberdade

Responsável, Bem Comum, Verdade e Justiça, Altruísmo e Solidariedade, Competência e Aperfeiçoamento Profissional.

Cabe a todos os enfermeiros que exercem funções neste serviço, atender aos princípios orientadores da sua atividade profissional, como sejam: “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com o utente/ doente/ família, a excelência no exercício da profissão em geral, e na relação com os outros profissionais” (Descrição de Funções, 2007, p.1).

No SMI tive a mais-valia de assistir e participar em reuniões diárias com as assistentes sociais, de forma a identificar atempadamente situações que necessitavam do apoio deste grupo profissional.

Consegui ainda assistir a uma reunião conjunta de EEER, assistente social e médico sénior responsável pelo doente, onde foram discutidos os doentes que necessitavam de encaminhamento social.

Assisti e participei na passagem de turno dos EEER, com objetivo de manter a continuidade de cuidados, bem como, identificar as lacunas que ficaram por realizar no turno anterior, permitindo uma gestão dos cuidados especializados mais racional, com o objetivo de abranger mais doentes.

A estes profissionais compete orientar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados gerais, e prestar cuidados de maior complexidade no âmbito da sua especialidade, nomeadamente com a elaboração e implementação de planos de intervenção com o objetivo de fomentar autonomia nos doentes e conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório em doentes com necessidade desta intervenção. (Descrição de Funções, 2007)

Cabe ainda ao enfermeiro especialista colaborar com o Enfermeiro Chefe do serviço na gestão do mesmo.

Dos vários documentos analisados e das diversas situações expostas acima, entendo que saí deste período de estágio, com um grande enriquecimento pessoal e profissional, pela observação de realidades muito diferentes daquelas a que a minha vida profissional me tinha proporcionado até então.

Em relação ao segundo objetivo: **“aplicar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família/ comunidade, ao longo do ciclo de**

**vida, em todos os contextos da prática de cuidados”,** os dois campos de estágio permitiram plenamente atingir este objetivo.

Tinha elaborado como atividades:

- Utilização de escalas para avaliação de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, neurológico e respiratório;
- Avaliação sensoriomotora, a pelo menos 1 doente;
- Planeamento, implementação e avaliação de técnicas relacionadas com alterações sensoriomotoras, a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;
- Avaliação respiratória, a pelo menos 1 doente;
- Planeamento, implementação e avaliação de técnicas de RFR a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;
- Planeamento, implementação e avaliação de intervenções relacionadas com alterações na alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente;
- Execução de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto de domicílio e hospitalar;
- Elaboração de reflexões críticas ao longo do período de ensino clínico (2 jornais de aprendizagem em cada local de estágio).

Todas as atividades inicialmente programadas foram realizadas.

Na UCC, o total de doentes assistidos pela EEER é de 5 a 6 doentes, devido à necessidade de percorrer longas distancias para conseguir chegar ao domicílio do utente.

A UCC recebe utentes referenciados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que já não têm potencial para reabilitar numa Unidade de Convalescença ou numa Unidade de Média Duração. São doentes com grandes limitações e pouco potencial de reabilitação. Dentro dos diagnósticos mais comuns encontram-se os utentes em situação de pós-AVC, e os utentes com diagnóstico de IR em consequência do seu estado de imobilidade associado a outras patologias.

Estes diagnósticos permitiram-me elaborar planos de cuidados, onde se inclui a avaliação sensoriomotora e a avaliação respiratória, recorrendo a escalas atualizadas e validades para o nosso país. Esta avaliação permitiu elaborar, executar, ensinar,

assistir e treinar exercícios musculo articulares e respiratórios adequados para cada caso em particular.

A título de exemplo, destaco um senhor de 75 anos de idade, com o diagnóstico de ter sofrido um AVC hemorrágico em 23/03/2017, da região do tálamo à direita com sequelas de hemiplegia à esquerda e desvio da comissura labial para a direita. (apêndice V)

Este utente tinha como cuidadores a esposa, pouco recetiva a adquirir competências de cuidar, já que anteriormente se encontrava separada do senhor. A filha que é doente psiquiátrica, tendo a seu cargo 3 filhos menores. Não demonstrando nas primeiras visitas competências para auxiliar/substituir o pai nas Atividades de Vida Diárias (AVDs). E cuidadoras particulares que alterou durante o acompanhamento deste estágio.

Após a avaliação inicial que incluiu para além da avaliação dos dados pessoais, como as condições habitacionais, as condições económicas e as condições sociofamiliares, uma avaliação neurológica (como exigido num utente que sofre um AVC) e uma avaliação respiratória, por o doente apresentar alterações na coluna vertebral que dificultavam a respiração, foi estabelecido um programa de reabilitação que incidiu sobre diversos diagnósticos principais, nomeadamente, alterações no equilíbrio corporal, prevenção do aumento da espasticidade nos segmentos corporais mais afetados, disfagia ligeira, esquecimento unilateral, prevenção do surgimento de úlceras de pressão, estimulação cognitiva e alterações nos auto-cuidados, que permitissem ao utente se integrar nas rotinas familiares. O plano traçado acabou por ser diversas vezes alterado, devido à condição familiar, o que me permitiu aumentar conhecimentos práticos, nomeadamente em relação aos recursos na comunidade.

A alteração constante de cuidadores, bem como, a limitação de acesso ao senhor por este se encontrar sozinho em casa, sem capacidade para nos abrir a porta, permitiu-me desenvolver o papel de advogado do doente.

O SMI permitiu-me a perspetiva da pessoa com patologia em fase aguda, ou seja, do doente que acaba de ter o seu AVC, e vai realizar o seu primeiro levante, ou que se encontra com uma infeção respiratória, ou ainda que tem atualmente um derrame ou um pneumotórax, que prementemente deve ser cuidado sob o ponto de vista dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Enquanto na UCC existia uma continuidade de cuidados a longo prazo, onde a EEER geria a sua lista de doentes e tinha a responsabilidade de admitir e de dar alta, no internamento, ocorre exatamente o oposto. As vagas são fundamentais e a rotatividade de doentes é muito maior, pelo que cabe ao EEER escolher quais os objetivos que entende serem mais relevantes para aquele utente e trabalhá-los em pouco tempo de forma insistente.

Por exemplo, um doente encontrava-se internado com o diagnóstico de AVC isquémico da Artéria Cerebral Média (ACM) esquerda. Apresentava hemiparesia facial central com desvio da comissura labial para a esquerda, sem disfagia, hemiplegia do membro superior direito, hemiparesia do membro inferior direito, hemihipostesia do hemicorpo direito, disartria e negligência do hemicorpo à direita. Permaneceu no serviço durante cerca de 10 dias. (apêndice VI)

Foi realizada uma avaliação do seu estado geral e da sua situação habitacional e socio-familiar, uma avaliação neurológica (incluindo avaliação dos pares cranianos e da força muscular), a avaliação do grau de dependência na realização das AVDs e aplicada a escala de dependência funcional.

Na elaboração do programa de reabilitação, identifiquei diversos diagnósticos principais e secundários, nomeadamente a paresia facial, o movimento muscular comprometido, o equilíbrio corporal alterado, o esquecimento unilateral e o andar comprometido, bem como a necessidade de capacitar o doente e família para a realização de cuidados no domicílio, e para uma participação mais ativa de todos no processo de reabilitação.

No entanto, dada o número reduzido de contactos, a minha principal preocupação foi colocar este doente sentado, evitando posições viciosas e posteriores alterações da postura. Bem como, treinar o doente para a realização de uma marcha adaptada com apoio, de forma a permitir alguma independência, nomeadamente, na realização das AVDs e maior facilitação na reinserção social, no regresso ao domicílio.

O meu trabalho em parceria com o doente e família, permitiu ao doente recuperar o equilíbrio estático e dinâmico sentado, bem como observou-se uma melhoria no equilíbrio estático em posição ortostática, o que facilitou o doente a adquirir competências de marchar em pequenos trajetos com apoio unilateral.



A escolha de dois exemplos de doentes com o diagnóstico de AVC prendeu-se com um facto organizacional deste documento e do próprio estágio, tendo durante o período de ensino clínico tido oportunidade de cuidar de doentes com afeções respiratórias e cognitivas, como mais à frente referirei neste relatório.

O SMI permitiu-me ainda a elaboração de processos de enfermagem em doentes que necessitavam de vigilância mais apertada, pela gravidade e instabilidade da sua situação clínica, na UCIM.

Para ilustrar esta afirmação, apresento um doente do sexo masculino, 87 anos de idade, anteriormente autónomo nas atividades de vida diária, incluindo higiene própria, que deambulava com apoio de bengala e sem quadro demencial aparente. Que recorre ao Serviço de Urgência por início e agravamento progressivo de queixas de dificuldade respiratória, maior prostração e diminuição do débito urinário. (apêndice VII)

Foi admitido no Serviço de Cuidados Intensivos, com o diagnóstico de Choque séptico de ponto de partida respiratório. Tendo sido ventilado invasivamente e permanecido neste serviço perto de 2 semanas. Acabou por ser realizada Traqueotomia cirúrgica. Depois de traqueostomizado, manteve necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva, por períodos, por persistência de fraqueza dos músculos respiratórios. Apresentava impossibilidade de emitir sons devido à traqueostomia não comunicante.

Este doente exigia uma abordagem abrangente da parte do EEER, devido à complexidade do seu caso, ao tempo de imobilidade e estado nutricional, e a todas as ações médicas realizadas para compensar o seu estado inicial.

Identifiquei vários diagnósticos principais como:

- Limpeza das vias aéreas ineficaz [Doente traqueostomizado, conectado a ventilador domiciliário com O<sub>2</sub> a 6l/min. Saturações de O<sub>2</sub>(Sat O<sub>2</sub>) - 96%], com o objetivo de facilitar a progressão das secreções desde os brônquios distais até aos brônquios principais e traqueia.
- Movimento muscular comprometido, diminuído. Com o objetivo de manter a integridade das estruturas articulares; manter a amplitude de movimentos; conservar a flexibilidade prevenindo a instalação do padrão espático e ombro doloroso; evitar aderências e contraturas musculares; melhorar a circulação de

retorno; evitar a perda de massa óssea resultante da imobilidade; manter a imagem psico-sensorial e psico-motora.

Estabeleci um programa de cinesiterapia respiratória (segundo o Padrão Documental dos Cuidados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação) composto por exercícios de abertura costal global, técnica de compressão torácica, reeducação abdominodiafragmática posterior e reeducação das hemicupulas abdominais direita e esquerda. Incentivo da tosse com pouca colaboração pelo doente. Foi ainda realizado levantar para o cadeirão, com o objetivo de promover a tosse e a mobilização de secreções. Doente tolerou por cerca de 2 h.

No diagnóstico movimento muscular comprometido, foram planeadas e executadas técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido, por o doente apresentar após avaliação, força conservada em todos os segmentos corporais, avaliada na escala de MRC com 3/5 e manter amplitude de movimentos em todos os segmentos corporais, exceto no membro inferior direito, na flexão do joelho com diminuição da amplitude desde movimento, esta alteração foi identificada como anterior ao internamento, já que no membro inferior direito observava-se discreta diminuição do perímetro da coxa face ao membro esquerdo. Suspeitando-se de diminuição da carga feita neste membro.

O doente mantinha controlo e coordenação em todos os movimentos realizados pelos vários segmentos corporais, não se observando alterações significativas no ritmo cardíaco e nas saturações periféricas, a quando da realização das mobilizações.

O programa concebido foi mantido durante todos os turnos em que cuidei do doente, alternando-se as mobilizações entre ativas assistidas ou passivas e os exercícios respiratórios, consoante o agravamento ou a melhoria do estado do doente, o que demonstra a instabilidade ainda presente na sua condição clínica, mas penso também, ter revelado que consigo adaptar-me às alterações clínicas, monitorizando a implementação dos programas concebidos e realizando uma avaliação continua da situação clínica e funcional do doente.

De salientar que este doente constitui um aporte nos meus conhecimentos sobre traqueostomias e traqueostomas e cuidados necessários para a sua correta manutenção e boa permeabilidade.

O terceiro e quarto objetivos serão dissecados simultaneamente dado estarem relacionados especificamente com a temática trabalhada: **“analisar os conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador”** e **“valorizar o autocuidado e os estilos de vida saudável, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador**, as atividades planeadas foram:

- Analise das lacunas pessoais de conhecimento nesta área temática;
- Investigação recorrendo à melhor evidência científica e às normas de orientação clínica recentes na temática da cessação tabágica;
- observação da atuação da equipa da UCC e do SMI, face à temática do tabagismo;
- identificação do maior número possível de oportunidades de aprendizagem que surgirem no contexto da prática;
- utilização dos conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem, na prestação de cuidados de EEER à pessoa em processo de cessação tabágica;
- Promoção de um ambiente terapêutico seguro, respeitando a pessoa em todas as suas componentes;
- Indicação da utilização de atividade física e/ou exercícios respiratórios como coadjuvante de um processo de cessação tabágica;
- Realização de folheto dirigido aos utentes sobre atividade física e exercícios respiratórios, em contexto de desabitação tabágica;
- Elaboração de reflexão crítica recorrendo ao modelo teórico de Meleis para identificar fatores que possam dificultar e facilitar a abstinência tabágica, em pelo menos um caso.

Nestes objetivos consegui realizar as atividades planeadas, exceto a reflexão crítica recorrendo à Teoria a Médio Prazo das Transições, por não ter tido um caso real para a sua aplicação e ter já utilizado um caso hipotético, a quando da fundamentação teórica do relatório. Entendo, no entanto, que as pesquisas bibliográficas realizadas para a realização das restantes atividades, permitiram alcançar ambos os objetivos acima descritos.

Pesquisei diversa bibliografia científica atual referente ao tema, em bases de dados e em formato eletrónico livre, de forma a manter atualizada a pesquisa realizada

para a elaboração do projeto de estágio. Segui a campanha evocativa do Dia Nacional do Não Fumador, celebrado a 17 de novembro, da responsabilidade da D.G.S e que apresento em anexo um dos instrumentos educativos elaborados este ano. (anexo I)

Tinha planeado em projeto a realização de folheto dirigido aos utentes sobre atividade física e exercícios respiratórios, em contexto de desabituação tabágica, no estágio de cuidados de saúde primários. Dada a população abrangida pela UCC e as especificidades dos seus cuidados, pareceu-me ineficaz este folheto, pelo que foi substituído por uma ação de formação (apêndice VIII), dirigida aos professores de uma escola secundária da região, com o título “Uma conversa entre colheradas-Tabagismo”, já que a formação ocorreu durante a hora de almoço, na sala de professores, acompanhada de sopa característica da região.

Nesta formação tive hipótese de expor os vários tipos de dependência que o tabagismo inclui, apresentar formas novas de consumo de nicotina e descrever sumariamente o tratamento desta dependência. Esta ação permitiu-me ainda, mostrar a revisão *scoping* que realizei para elaboração do projeto de estágio, bem como evidenciar as principais conclusões retiradas da referida revisão (apêndice IX).

No caso do SMI, a observação da equipa possibilitou-me identificar a omissão que ocorre face à desabituação tabágica.

A utilização atual ou antiga de produtos relacionados com o tabaco é inquirida a quando da admissão no serviço de urgência e no próprio serviço de internamento, mas não são oferecidas medidas de apoio ao doente no sentido de alterar o seu comportamento.

Como referido por Pamplona,

“É necessário intervir durante o internamento, não só para controlar a síndrome de abstinência do doente, sujeito a interrupção abrupta, mas também para cumprir a legislação, que proíbe o uso de tabaco nos serviços de saúde, única forma eficaz de prevenir a exposição dos não fumadores ao fumo de tabaco presente no ambiente.”  
(Pamplona, 2007, pag.803)

Com base na observação da atuação dos profissionais de saúde, e por sugestão da enfermeira chefe do serviço, realizei uma ação de formação para médicos e enfermeiros, em parceria com uma médica do SMI, com o objetivo de sensibilizar para a identificação precoce e o mais correta possível de sinais de abstinência

tabágica, bem como a necessidade de em algumas ocasiões providenciar medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas (apêndices X, XI e XII).

Estas ações possibilitaram-me um uso das tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados ao tema, bem como, melhorar a capacidade de comunicar com a restante comunidade académica e com a sociedade em geral sobre a área em que estou a desenvolver competências.

Fomentaram igualmente a discussão sobre a temática do tabagismo e da cessação tabágica dentro das equipas onde estagiei.

Durante o período de estagio hospitalar, contactei ainda com alguns doentes fumadores, realizando ensino sobre as mais-valias da abstinência tabágica, desde melhorias da saúde a melhorias económicas e instrução sobre o processo de desabituação tabágica, as diversas fases, a síndrome de abstinência e alterações na rotina diária dos comportamentos de forma a conseguir alcançar a cessação tabágica. Dando especial relevância à utilização de exercícios físicos e respiratórios como medidas não farmacológicas num processo de desabituação tabágica.

Como estes doentes encontravam-se internados por afeções do foro pneumológico, foi realizado ensino da técnica de dissociação dos tempos respiratório e respiração abdominodiafragmática, bem como incentivada a atividade física, no pós-internamento, dando por exemplo a caminhada.

## **2.4 – Análise das Atividades Realizadas em Função do Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O relatório aqui apresentado, para além dos objetivos referidos no capítulo anterior, teve como finalidade suprema, o desenvolver “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (D.R, 2011, p. 8648), pelo que, tentarei demonstrar neste subcapítulo ter conseguido atingir estas competências.

A OE define no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os seguintes domínios e unidades de competência:

Domínio:

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência:

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Este domínio encontrou-se subjacente a todas as minhas ações realizadas durante o período de ensino clínico em ambos os locais de estágio.

O estabelecer uma parceria com o cliente (entenda-se cliente como doente/família/cuidador), no sentido de resolver os problemas identificados, é neste meu trajeto a forma que encontro para conseguir colocar em prática as intervenções de enfermagem que melhor se adequam à situação.

Apesar da literacia em saúde, ser ainda no nosso país, muito baixa, quando trabalhamos com o cliente em parceria, com igualdade, baseando as decisões tomadas em conhecimentos sustentados pela melhor e mais recente evidência científica, conseguimos uma colaboração e adesão ao programa estruturado muito maior, potenciando os resultados esperados. Como referido “O trabalho do enfermeiro de reabilitação desenvolve-se numa atitude de partilha de saberes e de intervenções, caracterizada pela complementaridade, negociação e trabalho mútuo, numa completa parceria com vista ao processo de recuperação”. (Mota, 2017, ¶)

Uma das dificuldades éticas que me deparei no exercício clínico, foi o de transmitir ao doente esperanças realistas, sem destruir as suas próprias esperanças e as da sua família. (apêndice XIII)

A palavra esperança provem da palavra do Latim *sperantia*, que por sua vez provinha da palavra *sperāre*, que significava esperar. Segundo o dicionário esperança significa “confiança em conseguir o que se deseja” (Infópedia, 2018).

Esta definição do dicionário simples e objetiva, não espelha a complexidade do conceito, se entendido não apenas como um sentimento individualizado e subjetivo, mas também como um componente essencial da prática clínica.

Na realidade dos cuidados de saúde, o conceito de esperança aparece frequentemente associado à comunicação entre o profissional de saúde e o doente, e mais especificamente à informação transmitida e ao modo como a informação é transmitida.

À esperança é conferido um domínio terapêutico: é mais forte que o otimismo, e constitui um mecanismo de *coping* significativo, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual.

Querido, 2005 citando Brody, 1981 reconhece aos profissionais da área da saúde uma grande capacidade de influenciar as ideias e emoções dos doentes, de forma positiva ou negativa.

Segundo o mesmo autor citado por Querido (2005) “a dicotomia ou o dilema entre a manutenção da esperança e a transmissão da verdade, não existe: Não há nenhum conflito entre o dever moral de preservação da esperança, e o dever de respeitar os doentes como seres humanos adultos, a quem é devida a informação necessária à livre tomada de decisões acerca das suas vidas” (Querido, 2005, p.27).

Em meu entender esta afirmação não é assim tão linear. O direito à verdade e à total informação é universal. Mas esta verdade tem que ser oferecida recheada de esperança, de modo a que o doente utilize esta esperança como alavanca na sua recuperação.

A informação fornecida e as consequentes estratégias de resolução de problemas, devem ser desenvolvidas em parceria com o utente, respeitando os princípios, normas e valores deontológicos, associados à melhor evidência científica.

Segundo Querido, 2005 citando Pacheco, 2002 na relação informação / esperança, em doentes oncológicos:

“o que prevalece como regra é nunca mentir nem dar falsas esperanças de cura. (...). É sobretudo necessário tranquilizar sempre e nunca retirar a esperança ao doente, transmitindo-lhe quer por palavras, quer por atitudes, (...); que será sempre acompanhado por profissionais competentes empenhados em atender as suas necessidades; que será feito, dentro do possível

tudo o que for humanamente importante para ele; e que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua vontade” (Pacheco, 2002, p.96).

Durante todo o período de estágio tentei suportar as minhas decisões e ações no Código Deontológico, respeitando os seus valores humanos (O.E, 2015):

- Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.;
- Salvarguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida;
- Salvarguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social;
- Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

Os doentes, nomeadamente no SMI, foram selecionados pela sua condição clínica, e pelos ganhos que a minha ação poderia trazer para a sua reabilitação, independentemente de características ou traços fisiológicos ou opções pessoais.

As problemáticas da confidencialidade e do direito à privacidade, foram objeto de cuidado aquando das minhas intervenções, fundamentalmente no serviço de Internamento hospitalar, nomeadamente, trabalhando com as cortinas da unidade do cliente corridas, assegurando que apenas desnudava o segmento corporal a trabalhar na ocasião ou tentando adequar o horário de intervenção às preferências do cliente nomeadamente se era aceite a realização de exercícios com a presença de familiares ou inquirindo sobre o familiar/ cuidador que o cliente pretendia junto de si.

Tentei em ambos os locais de estágio adquirir ao longo do período que aí permaneci, autonomia nas minhas decisões, facto para o qual foi muito relevante o apoio dos dois orientadores, que mesmo não exigindo processos de enfermagem escritos (em alguns dos casos), realizavam uma pequena reflexão prévia e pós contacto com o cliente. Estes momentos permitiram-me tomar decisões sobre que



intervenções a realizar, do vasto leque aprendido no período teórico e avaliar as minhas ações.

No SMI tive ainda a bem-aventurança de ter vários objetos de apoio, ao contrario do que sucedeu na UCC onde recorriamos ao material do cliente, para prestar cuidados, o que permitiu experienciar novas técnicas, aumentando os meus conhecimentos e a minha experiência. Este facto possibilitará ampliar o leque de opções na tomada de decisão aquando da prática clínica.

Algumas intervenções planeadas e realizadas visaram aumentar a mobilidade e a agilidade mental do utente, permitindo fomentar a autonomia e a reinserção social. (apêndice XIV)

Como o processo de aprendizagem e aquisição de competências é dinâmico, mas requer tempo, as minhas dificuldades neste domínio prenderam-se com a liderança e com o papel de consultor face à equipa. Por diversas vezes realizei consultadoria, nomeadamente sobre a temática deste relatório (cessação tabágica) e sobre medicação por via inalatória, fruto da minha experiência profissional anterior. No entanto, em relação às intervenções que constituem o corpo de conhecimentos do EEER, entendo que um período de 9 semanas é pouco para que a própria equipa de um determinado serviço, aceite a figura do estudante na qualidade de futuro especialista.

Junto do cliente/família esta consultadoria foi mais frequente, nomeadamente, alertando para efeitos secundários da medicação por via inalatória, esboçando programas de desabituação tabágica recorrendo a medidas não farmacológicas e alterações comportamentais ou ainda alertando para efeitos adversos da imobilidade como a instalação do padrão espástico.

Domínio:

B — Domínio da Melhoria da Qualidade

Competência:

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

O segundo domínio foi alcançado pela autoformação e hétero-formação, que realizei durante os dois períodos de estágio.

Quer esta formação fosse destinada a auxiliares de ação direta, quer se destinasse a professores de uma escola secundária, quer tivesse como participantes médicos e enfermeiros de um serviço de internamento, permitiram promover uma melhoria continua da qualidade, bem como um estimular os ouvintes para um ambiente terapêutico seguro.

As formações realizadas sobre cuidados à pessoa em situação de Demência, incidindo em utentes com o diagnostico de Doença de Alzheimer, permitiram-me aumentar os conhecimentos teóricos sobre esta temática, mas simultaneamente, com a partilha de experiências ocorrida nas formações, alcançar um enriquecimento prático sobre o cuidar deste doente/família. Por outro lado, a formação possibilitou às auxiliares de ação direta, adquirirem maiores conhecimentos teóricos sobre estas patologias, de forma a compreender algumas respostas da parte dos doentes (apêndice XV).

A OMS estima que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões. A doença de Alzheimer assume, neste âmbito, um lugar de destaque, representando cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência (World Health Organization, 2015). Em 2017, Portugal era o 4º país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com mais casos de demência, por cada mil habitantes. A média da OCDE é de 14.8 casos por cada mil habitantes, sendo que para Portugal a estimativa é de 19.9 casos por cada mil habitantes.

As sessões recaíram na capacitação das auxiliares de ação direta, articulando a componente teórica com a componente prática e versou entre outros temas sobre os comportamentos alterados aquando da instalação de um processo de demência, como sejam os casos da existência de ações de repetição, de comportamentos agressivos, de pensamentos de suspeita, de esquecimentos e das alterações visuais presentes nomeadamente na Doença de Alzheimer. (apêndice XVI)

Outro aspeto também abordado, foram alterações nas AVDs alimentação e higiene que podem tornar estes momentos mais prazerosos para o doente e com menos conflitos para as auxiliares.

Outro ponto abordado, foi a necessidade de proceder, caso possível, a algumas e muitas vezes simples alterações no espaço físico do doente, de forma a torná-lo mais seguro e potenciador de estímulos positivos. (apêndice XVII)

A sessão realizada na escola secundária, serviu de pretexto para a colega especialista em saúde escolar iniciar um projeto direcionado aos professores e assistentes operacionais, onde serão abordadas várias temáticas, na hora de almoço dos professores, pelo que achei apropriado o nome que escolhi e que aparentemente se manterá durante todo o ciclo de encontros.

Ainda dentro deste domínio da melhoria da qualidade, a sessão realizada no serviço de internamento, foi de encontro a um problema identificado pela enfermeira chefe, devido às múltiplas situações que têm ocorrido. O objetivo foi sensibilizar os médicos e enfermeiros para a Síndrome de Abstinência presente na cessação tabágica involuntária, que ocorre na maioria dos internamentos hospitalares e demonstrar que existem diversas formas de combater estes sinais e sintomas, nomeadamente as intervenções não farmacológicas. Esta formação, foi parte de um processo institucional mais vasto, que tenta possibilitar no receitário hospitalar a inclusão de medicamentos específicos para a desabituação tabágica.

Estas ações possibilitaram-me desenvolver atuar como formador, diagnosticando necessidades formativas e concebendo e gerindo formações, atuando como um dinamizador do fornecimento e manutenção de um ambiente seguro para o utente.

No âmbito do estágio realizado na UCC e no âmbito do programa intitulado, “Prevenção de Quedas na pessoa idosa”, participei/moderei 3 formações sobre a problemática das quedas, destinada aos utentes dos centros de dia das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho, em parceria com a fisioterapeuta da Unidade. Três IPSS diferentes em contextos diferentes, duas a nível rural e apenas de permanência durante o dia e uma mais na zona urbana do concelho, com utentes em regime de internamento. (apêndice XVIII)

Os acidentes intencionais e não intencionais, são a quarta causa de morte na Europa, estabelecendo-se como um grave problema de saúde pública. O impacto nos serviços de saúde e nos serviços complementares de apoio social, devido às sequelas que podem advir destes acidentes e às implicações na vida pessoal e familiar das vítimas, são contributos para gastos na saúde e causa de abstinência ou incapacidade laboral.

Segundo a OMS, o Sector da Saúde é basilar para a diminuição desta questão, devendo a sua intervenção ser orientada pela Resolução EUR/RC55/R9, sobre Prevention of Injuries in the European Region de 2005.

O relatório de avaliação da implementação da Resolução EUR/RC55/R9, Progress in the Preventing Injuries in the WHO European Region, elaborado em 2008, alerta para a necessidade do Sector da Saúde se empenhar, cada vez mais, com a realização de programas de prevenção, dirigidos a toda a população, que recorram a estratégias efetivas e assentem em parcerias multisectoriais, sustentáveis.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (2004-10) elaborou um diagnóstico da situação sobre «Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais», situando os acidentes e os seus efeitos, como uma relevante causa de morbilidade, ao longo de todo o ciclo de vida.

O documento Health in Portugal de 2007, divulgado no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, destaca os acidentes e as suas consequências como um grave problema e uma das principais causas de morte prematura, morbilidade e incapacidade num elevado número de pessoas.

Com base em todos estes factos e recomendações, o governo português elaborou em 2010 um Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016, onde atribui aos cuidados de saúde primários um papel fundamental na gestão, no desenvolvimento, na implementação e na avaliação do programa.

O grupo etário com mais de 65 anos representa 14% das vítimas de acidentes de trânsito. A idade avançada contribuiu, claramente, revelando as pessoas idosas como 29% dos peões mortos. (D.G.S, 2010)

No que se refere aos acidentes domésticos e de lazer, 14% das vítimas são pessoas idosas, sendo muito mais frequente nas mulheres, e a habitação permanente o principal local de ocorrência. (D.G.S, 2010)

Por tudo isso, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes atribui um particular reparo às pessoas com mais de 65 anos, inserindo-as entre os seus alvos de intervenção prioritária na promoção da segurança e na prevenção dos acidentes.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, no projeto Com Mais Cuidado de 2012, aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita de cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura (D.G.S, 2012).

Estas sessões permitiram-me conhecer alguns exemplos de idosos institucionalizados, com as suas vantagens e com as suas desvantagens. Possibilitaram-me, adequar o meu discurso aos vários contextos, mantendo-me alicerçada na melhor e mais recente evidência, mas procurando adequar exemplos e fala à realidade de quem me assistia. Proporcionaram ainda, um incremento nos conhecimentos sobre esta temática.

Uma outra atividade que contribui positivamente para o meu processo de aprendizagem, inserindo-se no projeto de intervenção comunitária da UCC no âmbito da cidadania em saúde: “Há saúde no mercado”, consistiu em deslocar-me ao Mercado Municipal de uma das freguesias, a fim de realizar ações de sensibilização sobre diversas temáticas de saúde. Estas ações tinham uma periodicidade mensal, ocupando o período da manhã, normalmente na primeira sexta-feira de cada mês. Toda a equipa era chamada a participar periodicamente.

Realizei duas ações inseridas neste projeto, a primeira no mês de outubro sobre a temática da sensibilização para a vacinação contra a gripe, com apresentação de um filme institucional e distribuição de folhetos/panfletos sobre o tema, bem como esclarecimentos diretos à população sobre efeitos secundários da gripe e da vacinação. (apêndice XIX)

No mês de novembro a ação recaiu sobre a problemática da Diabetes, tendo para além do esclarecimento direto de dúvidas à população sobre diabetes, realizado pequenas sessões de incentivo ao exercício físico, respeitando as limitações de cada pessoa, mas como parte integrante do controlo desta patologia. (apêndice XX)

Participei ainda numa ação desenvolvida pela Câmara Municipal, inserida no mês do idoso (outubro), em que diversos agentes da comunidade se uniram para desenvolver atividades destinadas ao público sénior e aos jovens, numa tentativa de estabelecer relação entre os extremos da pirâmide etária, denominado, “Mercado da Cidadania”, onde a temática trabalhada pela UCC foi o “Uso do medicamento”, com distribuição de material informativo e esclarecimento de dúvidas particulares expressas por quem era abordado. (apêndice XXI)

Mais uma vez estas ações levaram-me para fora do meu ambiente de cuidado, permitindo-me experienciar novos sentimentos e colocar em prática uma enfermagem sem rotinas, o que exigiu uma pesquisa bibliográfica sobre os diversos temas trabalhados, o que se mostrou muito útil no desenvolvimento de um corpo de conhecimentos como futuro enfermeiro especialista.

Durante os estágios e em todas as situações tentei promover a consciência e o respeito pela identidade cultural, procurando nomeadamente, explicar os exercícios a realizar buscando exemplos da vida quotidiana daquele doente (deitar o ar fora, como se fosse assobiar às ovelhas, porque o senhor era pastor, ou escrevendo um poema para ser copiado por um doente com heminegligência à esquerda). (apêndice XXII)

Domínio:

C — Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Em ambos os contextos clínicos considero ter alcançado estas competências, explicitado pelos exemplos que abaixo apresento.

Na UCC a otimização do processo de cuidados e do trabalho de equipa, foi muito estimulada pelas reuniões semanais da ECCI, momento em que se discutiam casos clínicos e sociais, em que a minha experiência hospitalar contribuiu para promover melhores cuidados, nomeadamente, em doentes do foro pneumológico,

com patologias como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou o Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS).

Existe nesta equipa uma coordenação dos vários elementos respeitando as funções de cada componente, buscando a otimização dos cuidados prestados e fomentando melhores resultados. Por exemplo, a enfermeira X realizava cuidados de enfermeira generalista ao utente Y, que apresentava uma ulcera de pressão no calcâneo esquerdo, este procedimento ocorria, a título de exemplo, às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras e a enfermeira de reabilitação trabalharia com o mesmo utente Y, às terças-feiras e às quintas-feiras, para potenciar o tempo da sua intervenção.

No serviço de internamento a delegação de funções é pouco fomentada, já que o enfermeiro especialista não se encontra na prestação de cuidados gerais, por opção da gestão do serviço. Esta opção deve-se ao facto de pretender a gestão, fomentar a avaliação, o planeamento, a execução e a monitorização de planos de cuidados específicos da área da reabilitação ao maior número de doentes possível, no entanto, existia um planeamento das atividades a realizar junto dos colegas generalistas, nomeadamente no caso da gestão dos levantes, de forma a permitir organizar e coordenar os cuidados realizados.

Outra experiência que me permitiu alcançar este domínio, foram as reuniões diárias com as assistentes sociais, que ocorriam no SMI e a reunião semanal com o médico responsável por alguns doentes do internamento. Estas sessões permitiram reconhecer quando referenciar para outros prestadores de cuidados e negociar recursos adequados aos cuidados/intervenções necessárias.

Entendo que num estágio de 9 semanas é difícil demonstrar estilos de liderança, já que o meu grande propósito era aprender com todos os grupos profissionais, tentando absorver o maior número de experiências possível, para recheiar o meu conhecimento e posteriormente ser líder na tomada de decisões.

Domínio:

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência:

D1 — Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade

D2 — Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

O último domínio do Regulamento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista, foi obtido através da realização de múltiplas reflexões durante o período de estágio, demonstradas por diversos jornais de aprendizagem realizados principalmente no estágio de UCC, porque era uma realidade muito distante daquela onde tenho mais experiência profissional, o que produziu em mim a necessidade de aprofundar alguns temas.

A título de exemplo, destaco um jornal de aprendizagem que realizei sobre o tema do papel do EEER nos doentes com demência ou que se encontram em cuidados paliativos. (apêndice XXIII)

Quando no curso de mestrado surgiu uma Unidade Curricular sobre a temática dos Cuidados Paliativos, algumas pessoas com quem falei e mesmo colegas do curso, não perceberam o porquê daquela escolha. O que havia a reabilitar num doente que tinha pouco futuro? Ou que não iria voltar a andar? Ou que não iria voltar a ter uma vida social proveitosa?

Como trabalho com doentes crónicos, nomeadamente doentes com DPOC, é-me relativamente fácil, perceber que o meu trabalho não deve ter só como objetivo a cura, muito pelo contrário, o apoio no sofrimento, o alívio dos sintomas e o aumento da qualidade de vida, são constituintes integrantes na minha ação diária.

A partir da segunda semana de estágio na UCC, prestei cuidados a uma senhora de idade avançada a quem foi diagnosticada Doença de Alzheimer. Tinha por cuidadora a filha única e apoio da comunidade, nomeadamente, através de auxiliares de ação direta que realizavam os cuidados de higiene.

A temática das demências e nomeadamente da Doença de Alzheimer, sempre foram por mim respeitadas, mas poucos estudadas, talvez para fugir à realidade de ter tido um familiar próximo com o diagnóstico de uma destas demências.

A senhora começou a apresentar alguma rigidez articular pela imobilidade, mas fundamentalmente pela diminuição da capacidade cognitiva.

A visita a esta casa tinha como objetivo manter alguma amplitude dos movimentos, estimular a capacidade cognitiva restante, mas também (e por ventura



fundamentalmente), apoiar esta filha cuidadora que abandonou a vida laboral, para coabitar 24 horas por dia com a mãe e prestar-lhe os cuidados necessários.

O contacto com esta doente fez-me para além de aumentar os meus conhecimentos teóricos e práticos sobre estas patologia, desenvolver autoconhecimento e explorar assertividade nas minhas ações.

Como último baluarte, na justificação da aquisição deste domínio, apresento este relatório, como fruto do desenvolvimento do auto-conhecimento, identificando recursos e limites pessoais e aumentando em mim a consciencialização da influência pessoal na relação profissional e da congruência entre a auto e a hetero-percepção de mim.

No estágio suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento mais recente, identificando lacunas formativas pessoais, e realizando jornais de aprendizagens sobre essas temáticas, de forma a aumentar conhecimentos e a realizar intervenções esclarecidas e sustentadas na melhor evidência científica.

Como exemplo apresento o jornal de aprendizagem que realizei sobre a temática dos cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes em situação de AVC, pois senti necessidade de aumentar os meus conhecimentos teóricos sobre este tema. (apêndice XXIV)

Segundo a OCDE, “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010”. (D.G.S, 2017, p 5)

Por doença cardiovascular entende-se um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares.

A contínua adoção de medidas estratégicas preventivas e a prematuridade dos diagnósticos, nas áreas do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), possibilitaram atingir em Portugal, no ano de 2015 “uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas”. (D.G.S, 2017, p5)

Na análise das taxas de mortalidade padronizada, referente apenas às doenças do aparelho circulatório, observa-se também uma propensão de diminuição. Entre

2011 e 2015, verificou-se uma redução de 4,1% da mortalidade global por Doenças do Aparelho Circulatório em Portugal continental.

Esta redução da mortalidade, ocorre fundamentalmente à custa do decréscimo da mortalidade por Doenças Cerebrovasculares (19,7%) e em particular na mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquémico abaixo dos 70 anos, com uma redução de 39%. (D.G.S, 2017, p 7)

A definição padrão de AVC, recomendada pela OMS, é a seguinte: “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular”. (O.M.S, 2009, p 6)

O AVC é uma doença multifatorial, em que vários fatores de risco, (sendo que nem todos precisam estar presentes) potenciará as hipóteses da pessoa sofrer um AVC no futuro. Estes fatores podem ser divididos em fatores de risco modificáveis, ambientais e não modificáveis. (O.M.S, 2009, p 14)

- 1.Fatores de risco modificáveis - Hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, dieta com baixo consumo de frutas e verduras, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, Diabetes, fibrilhação;
- 2.Fatores ambientais - Tabagismo passivo e acesso a tratamento médico, nomeadamente para controlo da Hipertensão Arterial;
- 3.Fatores não modificáveis – Idade, género (p. e., idade avançada e sexo masculino estão associados, em muitas populações, a um maior risco), história familiar e genética.

Classifica-se os AVC em três tipos diferentes:

- 1.AVC isquémico;
- 2.Hemorragia intracerebral;
- 3.Hemorragia subaracnoide.

As alterações neurológicas que se podem observar na pessoa que sofre um AVC variam consoante a localização cerebral da lesão e a sua extensão.

A realização desta pequena pesquisa foi útil pois permitiu-me consolidar e aumentar os conhecimentos adquiridos durante o período de teoria, acedendo a conhecimentos válidos como é o caso dos publicados pela OMS ou pela DGS, sustentando a minha prática clínica especializada junto dos doentes com esta enfermidade. Possibilitou-me avaliar o risco de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e conceber planos, selecionando e prescrevendo intervenções para otimizar/reeducar as funções afetadas e as não afetadas.

Tive ainda oportunidade no âmbito das atividades realizadas com o objetivo de desenvolver as competências incluídas neste domínio, de elaborar um jornal de aprendizagem que incidiu sobre cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a doentes que apresentavam patologias que se caracterizam por um padrão respiratório obstrutivo. (apêndice XXV)

O padrão ventilatórios obstrutivo, é avaliado através da realização de uma espirometria com ou sem prova de broncodilatação, e é identificado quando o doente apresenta a relação Volume expiratório máximo no primeiro segundo/ Capacidade vital forçada (FEV1/FVC) reduzido.

Esta redução pode ocorrer devido a dois fatores: em algumas pessoas a Capacidade Vital Forçada, ou seja, o “volume máximo de ar que pode ser mobilizado entre uma inspiração e uma expiração durante uma manobra expiratória forçada” (Lopes, 2016, p.20), pode ser normal e apenas o FEV1, ou seja, o “volume máximo de ar que pode ser expirado no primeiro segundo de uma expiração forçada” (Lopes, 2016, p.20), se encontrar reduzido. Ou podem ambas as parcelas se encontrarem reduzidas, quando comparadas com os valores de referência baseados na idade, sexo, altura e raça.

Quando se verifica numa espirometria um padrão ventilatório obstrutivo, deve ser realizada uma prova de broncodilatação, que complementar os dados obtidos. “considera-se o teste de reversibilidade brônquica positivo se se detetar um aumento no FEV1 ou na FVC  $>12\%$  e  $>200\text{ml}$ ”. (Lopes, 2016, p.26)

As duas doenças com padrão obstrutivo mais prevalentes a nível mundial são a DPOC e a Asma.

Esta reflexão mostrou-se profícua para desenvolver a minha capacidade de demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e habilitados a nível cardiorrespiratório, nomeadamente, em doentes diagnosticados com as patologias anteriormente referidas.

## **2.5. Análise das Atividades Realizadas em Função do Desenvolvimento das Competências Específicas do EEER**

Em parceria com as competências comuns do enfermeiro especialista, a OE elaborou as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Como referido pela OE, “reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.” (OE, 2010, p.1)

Procederei nas próximas linhas a uma análise e reflexão sobre as três competências específicas:

J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Em relação a estas competências, julgo ter atingido as suas unidades de competência, já que os dois campos de estágio me possibilitaram cuidar de doentes de diversas faixas etárias, género e condição clínica. Desde doentes com alterações motoras, a doentes com alterações respiratórias, a doentes com afeções simultaneamente motoras e respiratórias, a doentes com alteração cognitiva. Tive ainda a possibilidade de cuidar de um doente que tinha sofrido um Enfarte Agudo do Miocárdio há poucos meses, aumentando os meus conhecimentos sobre reabilitação cárdica.

Destaco o programa realizado no âmbito de um derrame pleural, em que acompanhei a doente desde a colocação da drenagem pleural continua, pois ocorreu num dia em que me encontrava-se de serviço como enfermeira e não como aluna. Depois acompanhei a doente enquanto esteve na UCIM com drenagem pleural continua funcionando, e ainda consegui acompanhá-la após a retirada do dreno. (apêndice XXVI)

Os objetivos do programa delineado passaram por impedir a formação de aderências pleurais; incentivar a expansão pulmonar; recuperar a mobilidade costal e diafragmática e corrigir defeitos posturais.

Tive a oportunidade de realizar correção postural e instruir sobre a dissociação dos tempos respiratório. Executei reeducação diafragmática posterior, reeducação diafragmática da hemicupula direita, reeducação diafragmática da hemicupula esquerda, reeducação costal seletiva e reeducação costal global com bastão, em duas series de 6 repetições cada, para promover aumento da capacidade ventilatória, a expansão pulmonar, bem como a excreção de líquido acumulado na cavidade pleural.

Instrui e assisti, ainda a doente, na realização de inspirometria de incentivo, [4 inspirações por cada hora], o que igualmente constituiu um ganho para mim, pois tomei conhecimento prático sobre mais uma técnica de reabilitação respiratória.

Outro doente que gostava de destacar, foi o caso de uma senhora de 48 anos, com o diagnostico de pneumonia adquirida na comunidade, a quem prestei cuidados com os objetivos de promover a ventilação pulmonar em todos os campos, promover a limpeza da árvore brônquica, aumentar a tolerância ao esforço, melhorar os conhecimentos sobre dispneia funcional e capacitar para otimizar a respiração. (apêndice XXVII)

Este era o primeiro internamento da doente (excetuando o internamento por motivo de parto), pelo que se encontrava muito ansiosa.

Foi executada técnica respiratória com alinhamento corporal, mobilização da articulação escapulo-umeral, dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática, para aumentar a ventilação nas bases pulmonares bilateralmente. Realizada técnica de reeducação respiratória diafragmática e reeducação respiratória diafragmática das hemicupulas, com execução de compressão, para promover a ventilação destes campos. Efetuada técnica

reeducação costal global, para promoção da expansão pulmonar. Executada reeducação costal seletiva para promover a ventilação das bases bilateralmente. Utilizadas manobras acessórias de compressão, percussão e vibração para promover a mobilização de secreções dos brônquios mais distais para os brônquios principais, de forma a promover a sua saída.

Na primeira sessão por manter durante os exercícios saturações periféricas superiores a 96%, decidiu-se reduzir aporte de  $O_2$  de 4 l/min para 3l/min. Acabando durante as restantes sessões por se gerir este suplemento. Ocorrendo que eu junto com o enfermeiro orientador, acabamos por retirar o aporte de  $O_2$ , sendo esse facto comunicado à restante equipa de enfermagem e à equipa médica responsável pela doente.

O cuidar da pessoa com necessidades especiais, respeitou o processo de enfermagem. Iniciado com a realização de uma avaliação do doente, composta pela leitura dos registos médicos, e pela interpretação dos meios auxiliares de diagnóstico, nomeadamente a gasometria e telerradiografia. Coadjuvada por uma observação clínica, incluindo se apropriado a auscultação e a avaliação neurossensorial. Sustentada pela utilização de escalas adequadas a cada situação e validadas para Portugal.

Das escalas mais utilizadas posso referir a Escala de Lower e a Escala da Medical Research Council, para avaliar a força muscular, a Escala de Ashworth Modificada para avaliação da espasticidade, a Escala de Berg para monitorizar o equilíbrio, a Escala de Borg para avaliação do cansaço e escalas de condição geral como o Índice de Barthel, a Escala de Morse e a Escala de Braden ou a MIF (para dar alguns exemplos). De salientar, que no serviço de internamento não havia grande rotina na utilização das escalas e que na UCC, as escalas utilizadas eram apenas as requeridas pela plataforma dos Cuidados Continuados Integrados.

Como senti alguma dificuldade na sistematização da avaliação neurológica, elaborei uma folha de colheita de dados, com os itens a avaliar para poder preparar planos de cuidados mais personalizados. (apêndice XXVIII)

Esta avaliação permitiu, conceber planos de intervenção individualizados e colocá-los em prática e sistematizar a minha ação, colocando ao serviço do doente os conhecimentos teóricos, adquiridos neste curso.

As ações realizadas, passaram por identificar o diagnóstico principal e os diagnósticos secundários, a serem objeto da minha intervenção, seguindo na maioria dos casos estudados a linguagem do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Tive assim oportunidade de trabalhar sobre diagnósticos principais como o andar, o andar com auxiliar de marcha, o déficit sensorial, a espasticidade, o esquecimento unilateral, o expetorar, a ventilação, a limpeza das vias aéreas, entre outros.

A implementação de atividades de estimulação sensorial ou de percepção sensorial, a instrução de exercícios de estímulo e apoio à deglutição, o treino de técnicas de equilíbrio, a execução de exercícios musculo articulares passivos, ou o ensino e instrução para a realização de exercícios musculares e articulares ativos – assistidos ou ativos-resistidos, a execução de cinesiterapia respiratória e de técnicas respiratórias adaptadas a cada situação clínica e a cada utente, levaram-me a conseguir adquirir as competências anteriormente expostas.

O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, estimulou-me para a capacitação de conhecimentos e competências no doente/família, mostrando-me a relevância dessas nossas ações na reabilitação do doente e na sua reinserção para o exercício da cidadania.

Como referido pela OE na introdução ao Padrão Documental:

“este instrumento foi construído, de forma intencional, a partir de um paradigma muito centrado na avaliação do potencial da pessoa face aos diferentes focos de atenção em detrimento de um paradigma demasiado centrado nas necessidades identificadas. Desta forma, em parte, fica aqui também a justificação sobre a opção pela utilização sistemática do juízo diagnóstico “Potencial para melhorar” ao longo deste trabalho” (OE, 2015, p.3)

Tomemos como exemplo, uma doente que foi internada com o diagnóstico de AVC isquémico, observando-se Hemiparesia Braquial à direita, foi fundamental diagnosticar a existência de conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular, e colmatar essa falta quando identificada, bem como, identificar se a doente tem capacidade presente para executar técnicas de exercício muscular e articular, de forma a verificar os exercícios que melhor se adequam à situação, com a finalidade

de transmitir maior autonomia à doente na realização de alguns exercícios, que potenciam o processo de reabilitação. (apêndice XXIX)

Nesta doente em concreto, como o défice era ligeiro [escala de Lower 2/5], e a doente demonstrava competência para adquirir novos conhecimentos, foram programados, instruídos e assistidos, exercícios com recurso a fita elástica de resistência ligeira.

Foi, conjuntamente, realizada instrução sobre exercícios de motricidade fina com labirinto de peças e tábua de atividades de vida diárias, para estímulo da motricidade fina da mão mais afetada.

A persistência da doente, na realização dos exercícios instruídos de forma autónoma (potenciando o número de repetições diárias), associado às sessões realizadas por mim, permitiram a esta doente um aumento da força muscular, durante o internamento, sendo classificada na ocasião da alta com 3/5 na Escala de Lower, no membro superior direito.

Estes exercícios possibilitaram à doente reconhecer as suas limitações, mas igualmente identificar as suas potencialidades, constituindo um fator facilitador no processo de transição saúde/doença que a doente se encontrava a viver.

Outros exemplos desta capacitação foram os panfletos realizados para deixar em casa dos utentes, de forma a fomentar a autonomia na realização de exercícios. Um dos panfletos insidia em exercícios destinados a aumentar a força dos músculos da face num doente com paresia facial. (apêndice XXX)

O outro panfleto foi destinado a um doente que se encontrava a recuperar de um grave traumatismo do tórax, que teve por consequência a fratura de diversos arcos costais e um pneumomediastino. O objetivo era aumentar a capacidade física geral do doente, e promover a ventilação pulmonar. (apêndice XXXI)

Os cuidados prestados, culminaram, com a avaliação da minha intervenção, recorrendo sempre que possível a cláusulas mensuráveis e cientificamente aceites, para uma monitorização mais correta da situação do doente, como as escalas atrás referidas ou valores como a saturação periférica de oxigénio e um replaneamento das minhas ações como exige o processo de enfermagem.



Como exposto por Almeida:

“a avaliação final é uma espécie de estudo analítico e de avaliação dos passos anteriores. É o prognóstico de enfermagem, ou seja, a estimativa da capacidade do utente em atender às suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (2011, p.61)

Outro exemplo que gostava de apresentar, para expor que desenvolvi as competências descritas nos domínios atrás referidos, nomeadamente, nos pontos relativos a desenvolver as capacidades e à reinserção e exercício da cidadania, é o caso de um doente com o diagnóstico de AVC no território da ACM à esquerda. Que apresentava disartria moderada, hemiplégia do hemicorpo direito flácida [classificado na escala de Lower com 0/5] e parésia facial central moderada. (apêndice XXXII)

Dos vários diagnósticos identificados, foi dada especial relevância àqueles que permitiam maior autonomia ao doente. Nomeadamente prevenção de alterações das amplitudes articulares, prevenção da instalação do padrão espástico e prevenção da síndrome do ombro doloroso. Outro diagnóstico trabalhado com forte ênfase neste doente, foi o equilíbrio sentado, de forma a permitir uma inserção na vida familiar a quando da alta. O poder permanecer junto da família durante as refeições, mantendo uma postura correta, ou assistir televisão junto com a esposa, sem que esta tivesse que estar constantemente a reposicioná-lo, são ganhos importantes para que a família e o doente consigam superar com mestria esta transição saúde/ doença súbita que se encontram a percorrer.

Neste doente, pela hemiplégia observada, a hipótese de se voltar a deslocar na posição ortostática é remota (apesar de terem sido realizados exercícios de carga nos membros inferiores), pelo que permanecer alinhado, por exemplo, numa cadeira de rodas, permitirá maior autonomia e uma facilitação na reinserção social e no exercício da sua cidadania.

Tentei que este doente acolhesse as suas visitas no cadeirão (sempre que as rotinas do serviço o permitiram), de forma a estimular este equilíbrio sentado que se encontrava comprometido em grau elevado [classificado na Escala de Berg com 0], e ainda com o objetivo de manter igualdade com os amigos e familiares que o visitavam e que também se encontravam na posição de sentados.

## 2.6. Avaliação Global do Trabalho Desenvolvido em Estágio

Como referido por Silva, citando Vasconcelos (1992) “os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”. (Silva & Silva, s.d, p.103)

O trabalho realizado em estágio mostrou-se muito proveitoso para aumentar e consolidar os conhecimentos adquiridos no período teórico, quer sobre as várias vertentes de área de reabilitação enquanto especialidade, quer sobre o papel do enfermeiro especialista de reabilitação no seio de uma equipa multidisciplinar. Como refere Silva & Silva, citando Matos (1997), o estágio clínico nos Cursos de Enfermagem “permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Silva & Silva, s.d, p.103). Tendo este conceito constituído uma premissa subjacente a todo o meu período de ensino clínico.

O abandonar o centro hospitalar para, com uma pequena mala às costas, prestar cuidados em casa dos utentes, com poucos meios auxiliares de diagnóstico, com apoio de equipa médica esporádico e não presencial, com a cama na altura que o utente a comprou, no quarto que o utente e sua família idealizou para si e não destinado à realização de cuidados de saúde, trouxe-me um crescimento não só na avaliação do estado clínico do utente, não só nas manobras a realizar ( com a limitação do espaço e do tempo), não só nos conceitos teórico práticos, mas possibilitou-me um crescimento pessoal, de incremento de colocar-me no lugar do outro, do perceber as dificuldades e limitações que o utente sente fora do paternalismo dos serviços de saúde, em diversos contextos da prática de enfermagem.

Ao regressar aos cuidados de saúde hospitalares, vivenciei o contrário, um apoio da ação nos meios auxiliares de diagnóstico, que tive de saber interpretar/identificar com destreza. Uma grande quantidade de recursos materiais. Um suporte pela equipa médica, se necessário imediato. Mas doentes em estado de agudização da sua doença crónica, doentes com afeções agudas e alguns deles ainda pouco compensado, o que levou a uma dualidade entre a vontade de realizar intervenções (própria de quem se encontra num nível de principiante), face à condição

clínica do doente e ao dano que as nossas ações poderiam trazer para esse mesmo doente.

Como refere Silva (s.d), os períodos de ensino clínico promovem a par com a socialização outras competências:

“o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas. Só com plena interacção entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo”. (Silva & Silva, s.d, p. 103)

Os dois campos de estágio possibilitaram ainda o cuidar de diferentes pessoas com o diagnóstico clínico igual, mas em diferentes tempos de diagnóstico.

Foi muito diferente trabalhar com o utente que tinha sofrido um AVC há cerca de 1 ano e meio, em comparação com cuidar de alguém que acaba de ter o seu AVC há 48 horas, e que auxilio no primeiro levante e acompanhamento nos dias seguintes.

Se no primeiro utente o grande desafio é motivarmo-nos e motivar o doente, e a nossa ação tem como objetivo a inserção daquele utente na vida familiar, aceitando as limitações instaladas, no doente que acaba de sofrer o seu AVC, o objetivo principal é recuperar função, é voltar a colocar-se de pé, é voltar a andar, é comer autonomamente, sendo possível observar ganhos em saúde com a nossa ação, alguns de forma muito rápida, outros mais lentos, outros ganhos que nunca ocorrem, mas sendo a motivação do profissional de saúde e do doente muito presente.

Durante o estágio senti grande dificuldade em implementar o meu projeto de formação. Este fato deveu-se, no meu entender, à especificidade do próprio tema.

No decurso do estágio hospitalar, cuidei de alguns doentes fumadores, e que se encontravam em evicção tabágica, embora, como doentes agudos, esta não fosse a sua principal preocupação, naquele momento. No entanto, a pesquisa bibliográfica que realizei anteriormente, associada aos conhecimentos, nomeadamente de reabilitação respiratória, possibilitaram cuidar acrescentar mais – valias no cuidado a estes doentes, ensinando e instruindo sobre medidas não farmacológicas para deixar o consumir de tabaco e utilizando os exercícios respiratórios como medidas de *coping*.

Entendo que consegui cumprir os meus objetivos de estágio, bem como as atividades programada, embora, algumas das atividades tivessem sofrido certa alteração na forma e não no conteúdo. Julgo que o estágio possibilitou um adicional de conhecimentos enriquecedores, que ultrapassaram o planeado em projeto e que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas previstas pela OE para o EEER

No que diz respeito aos Descritores de Dublin, penso ter conseguido alcançar as competências de “Aplicação de Conhecimentos e Compreensão”, com a mobilização de conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, como foram as visitas ao mercado municipal, a participação na ação desenvolvida pela autarquia local e as deslocações às IPSS.

Ainda nos Descritores de Dublin reflito ter conseguido obter a competência Comunicação, demonstrada nas 7 sessões de formação ministradas, associado às 3 vezes em que visitei o mercado municipal, durante as 18 semanas que constituíram o estágio, tendo nessas ocasiões comunicado os conhecimentos e o raciocínio subjacente adquiridos, a não especialistas e a especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

O retirar-me da minha realidade de profissional hospitalar e colocar-me na comunidade, no meio de um mercado municipal ou de um Centro de dia ou de um Lar de idosos, ou colocar-me dentro de uma Unidade de Cuidados Intermédios, foi estímulo para alcançar no perfil dos Descritores de Dublin a competência de autoaprendizagem, reconhecendo que em todas as situações, com todas as pessoas podemos aprender, tanto conhecimentos científicos, como conhecimentos não científicos e aprender muito sobre nós próprios.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ano e meio que compôs o Mestrado de Enfermagem e a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, foi revestido de muitos momentos de dúvida, ansiedade, desespero e alguns de troca efetiva de conhecimentos e experiências enriquecedoras. Esta fração de tempo da minha vida culmina com a elaboração deste relatório, que tentou descrever e refletir o caminho percorrido no período de ensino clínico, com o objetivo de adquirir as competências exigidas pela OE para o enfermeiro especialistas e mais concretamente para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como, demonstrar os conhecimentos adquiridos sobre a problemática da cessação tabágica.

O período de ensino clínico, possibilitou-me colocar em prática os ensinamentos adquiridos no período teórico e obter novos conhecimentos, com pessoas que se encontravam no terreno e que empregavam as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos doentes cuidados por si.

Apesar de deter vinte anos como enfermeira generalista, o período de estágio colocou-me perante um papel acumulativo de funções. O papel de especialista, ainda por cima em contextos de cuidados diferentes daquele onde estou habituada a agir.

A filosofia subjacente aos cuidados de reabilitação, de potenciar as capacidades restantes, em detrimento da substituição do doente na execução das diferentes tarefas, foi outro desafio importante, que superei neste período de estágio. Durante toda a minha carreira como enfermeira generalista, não tinha a noção das ações que fazia para substituir o doente e o meu objetivo era que o trabalho aparecesse executado, no entanto, durante o período de estágio, fui interiorizando que reabilitação se faz com uma boa dose de paciência, perseverança, repetição incessante e busca por alguma função remanescente que ainda possam servir de base para a realização das AVDs.

O meu projeto de formação pessoal não era fácil de colocar em prática, requeria tempo e condições próprias, mas até nesse ponto, entendo que consegui atingir os

meus objetivos. O que apenas foi possível com o contributo dos dois enfermeiros orientadores e das equipas que me acolheram.

O consumo de tabaco nos países desenvolvidos, constitui a principal causa evitável de doença e de morte no mundo, repercutindo-se pesadamente a nível económico e social em todo o planeta. Atinge todas as regiões do mundo, desde os países mais desenvolvidos aos mais carenciados, potenciando as assimetrias em saúde.

O tabagismo é um fenómeno complexo, determinado por múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental, genética e neurobiológica.

O processo de cessação tabágica é vivenciado na maioria dos casos de forma penosa e stressante, pois a transição de fumador para ex-fumador, acarreta consigo alterações na imagem pessoal, alterações de comportamento social e uma síndrome de abstinência física que dificulta todo o processo.

No entanto, os profissionais de saúde tendem a subestimar estes sintomas e sinais, não se encontrando referido em notas ou não se registando prescrição de medicação adequada para diminuir a sintomatologia da síndrome de abstinência, ou não se executando qualquer outra medida não farmacológica, que reduza a penosidade do processo.

Entendo que a revisão bibliográfica que realizei quer para elaborar o trabalho de projeto de formação, quer durante o período de estágio, associado às formações formais e informais que efetuei, vieram colmatar em alguma medida o paradigma da forma como se cuida de um doente fumador em processo de cessação tabágica, nos dois contextos clínicos em que fui inserida.

Como balanço final de todo este percurso, reconheço que os meus pontos fortes foram constituídos pela minha disponibilidade em aprender algo em todas as ocasiões, independentemente do espaço físico ou do interlocutor da mensagem, em paralelo, assinalo os dois orientadores de estágio que foram vitais para os ganhos que senti no caminho para atingir as competências reconhecidas pela OE e ainda o trabalho continuo de reflexão crítica e processos de enfermagem que fui realizando ao longo dos vários meses em que trabalhei no projeto de formação e durante o período de ensino clínico.

Como pontos fracos de todo este processo, aponto a falta de tempo, penso que comum a todos os estudantes nesta fase das suas vidas, em que se encontram a gerenciar simultaneamente papéis como enfermeiro, aluno, pai, esposa, filho...

Como oportunidades identifico os dois campos de estágio, que me possibilitaram o contacto e o cuidar de pessoas com histórias de vida diversas, com patologias diferentes, em situações distintas de evolução clínica, enriquecendo o meu portfólio de conhecimentos, bem como, as várias formações realizadas/ assistidas em contextos dispares, que permitiram a partilha de conhecimentos teóricos e práticos, bem como uma contextualização mais aproximada da realidade das diversas problemáticas trabalhadas.

Como fraqueza do mundo exterior, menciono o número limitado de utentes com aos quais tive a possibilidade de cuidar na UCC, devido às grandes distâncias necessárias percorrer para conseguir chegar aos vários domicílios, e ainda, por a enfermeira orientadora se encontrar na coordenação da unidade, o que também lhe absorve algum tempo e disponibilidade.

Para terminar esta reflexão, entendo que conjugando todos os doentes cuidados, com todos os trabalhos académicos realizados, com formações formais e informais, com reflexões críticas sobre a minha atuação, com informação escrita idealizada e executada por mim, ter conseguido atingir os domínios que compõe o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na sua totalidade, bem como, com o desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática do tabagismo ter conseguido alcançar o 2º ciclo dos Descritores de Dublin que me permitem alcançar o grau de Mestre.

Os conhecimentos adquiridos durante este curso constituirão a base para um projeto futuro que pretendo implementar no serviço onde desempenho funções, no sentido, de facultar aos doentes em processo de desabitação tabágica, sessões semanais de reabilitação funcional respiratória, como forma de melhorar a capacidades ventilatória, e conceder ao doente capacidades para viver o processo de transição de fumador para não fumador com melhores recursos, nomeadamente, incentivando a realização de exercícios físicos.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beth C. Bock, Ph.D., Joseph L. Fava, Ph.D., David M. Williams, Ph.D., Ronnesia Gaskins, Ph.D., Ernestine Jennings, Ph.D., Geoffrey Tremont, Ph.D., Kathleen M. Morrow, Ph.D., Bruce M. Becker, M.D., M.P.H., and Bess H. Marcus, Ph.D. (2012). Yoga as a Complementary Treatment for Smoking Cessation in Women. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH* Volume 21, Number 2. Acedido em abril de 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304243/>

Centro Hospitalar de Setúbal. Serviço Medicina. (2013). *Plano de Ação Triénio 2013 – 2015*. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Chick, N., Meleis, A. - Transitions: a nursing concern. In Nursing research methodology: issues and implementation. Rockville: P. L. CHINN, (ed.) 1986.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Costa, Tatiana. (2019). Tabaco aquecido é tão prejudicial como Tabaco tradicional, diz estudo. *Jornal I*. p. 31

Despacho n.º 14202-A/2016. Diário da República, 2.ª série, N.º 227 (25 de novembro de 2016). 35240-(2). Acedido a 08/06/2018. Disponível em [http://www.iasaude.pt/attachments/article/1805/despacho\\_14202\\_a\\_2016\\_prevencao\\_controlo\\_tabagismo.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/1805/despacho_14202_a_2016_prevencao_controlo_tabagismo.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2007). Cessação Tabágica: Programa-Tipo De Actuação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Prevenção E Controlo Do Tabagismo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Prevenção E Controlo Do Tabagismo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. (2018). *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. American Cancer Society, Inc. Atlanta, 2018

European Union. (2017). *Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. European Union, March 2017.

Gonseth, S. and Cornuz, J., Locatelli, I., Bize, R., Nusslé, S., Clair, C., Pralong, F. (2014). Leptin and smoking cessation: secondary analyses of a randomized controlled trial assessing physical activity as an aid for smoking cessation. *BMC Public Health*. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2)

Guimarães, MSF. Silva, LR. **Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem**. Rio de Janeiro (br); 2016. Acedido a 9/7/2018. Disponível em <https://jornaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Acedido a 08/06/2018. Disponível em <https://stg.sns.gov.pt/noticias/2016/04/13/ineestatisticas-da-saude-2014>

López-Torrecillas, F. Rueda, M. López-Quirantes, E. Santiago, J. Tapióles, R. (2014). Adherence to treatment to help quit smoking: effects of task performance and coping with withdrawal symptoms. *BMC Public Health*. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText

Meleis, A. e Trangensstein, P. Facilitating Transition: Redefinition of Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 1994, 42:255-259

Meleis, A. - Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New-York: Springer Publishing Company, 2010.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 5ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Olazabal, M. (2003). Métodos de Limpeza das Vias Aéreas. In Sotto-Mayor, R & Gomes, M. *Tratado de Pneumologia*. (1780-1790). Lisboa: SPP.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 10/06/2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 10/06/2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 10/06/2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas de Investigação Prioritárias Para A Especialidade De Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 10/06/2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Atividade Física - Folha Informativa N° 385*. Fevereiro de 2014

Pamplona, P. & Morais, L. (2007). *Treino de exercício na doença pulmonar crónica*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 13 (1): 101-128.

Patterson PhD MSc, F., Zaslav, D., Kolman-Taddeo MD, D., Cuesta, H., Morrison MD, M., Leone MD MSc, F., and Satti MD, A. (2017). Smoking Cessation in Pulmonary

Care Subjects: A Mixed Methods Analysis of Treatment-Seeking Participation and Preferences. *RESPIRATORY CARE VOL 62 NO 2*. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText

Pestana, E., Alves, P., Borges, M., Matias, D., Mendes, B., Moreira, S. ...Raposo, M. (2010). *TABAGISMO: Do Diagnostico ao Tratamento*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel

Roberts, V. & Maddison, R. & Simpson, C & Bullen, C & Prapavessis, H (2012). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology* 222. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText

Roberts, V & Gant, N & Sollers, J. III & Bullen, C & Jiang, Y & Maddison, R. (2014). Effects of exercise on the desire to smoke and physiological responses to temporary smoking abstinence: a crossover trial. *Psychopharmacology*, 232, 1071–1081. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText

Shahab,L. & Sarkar, B. & West, R. (2013). The acute effects of yogic breathing exercises on craving and withdrawal symptoms in abstaining smokers. *Psychopharmacology* 225. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText

Silva, D.M & Silva, E.B (s.d). O ensino clínico na formação em enfermagem. 103-118. Acedido em 12.02.2019. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>

Texto Editores (2017). *Dicionário Escolar 2º Ciclo Português*. (3ª Ed). Lisboa: Texto

The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers'Manual: 2015 edition/Supplement [Internet]. The Joana Briggs Institute, editor. The Joanna Briggs Institute; 2015. 10-15 p. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)

Tritter, A & Fitzgeorge, L & Prapavessis, H (2015). The effect of acute exercise on cigarette cravings while using a nicotine lozenge. *Psychopharmacology*, 232, 2531–2539. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText

Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. (2014). Exercise interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Acedido em abril de 2018. Disponível em <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002295.pub5/full>

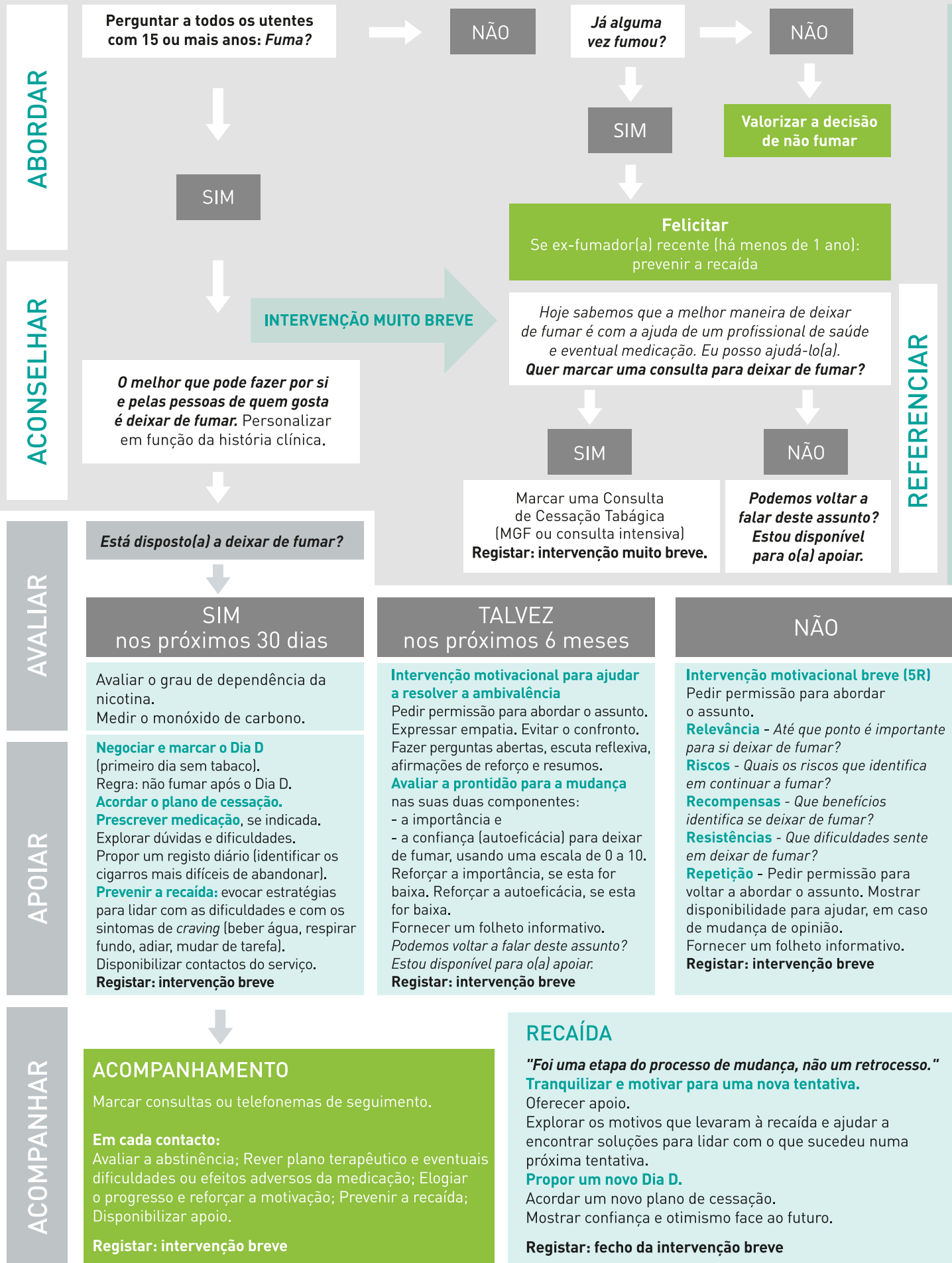
Wang, D., Wang,Y., Wang,Y., Li, R., Zhou, C. (2014). Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLOS ONE VOL 9*. Acedido em abril de 2018. Disponível em <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0110728>

**Anexo I – Campanha da DGS “Dia Mundial do  
Não Fumador 2018”**

# ALGORITMO DA INTERVENÇÃO BREVE “5A” OU MUITO BREVE “2A + A/R”

ALGORITMO DA INTERVENÇÃO BREVE 5A

ALGORITMO DA INTERVENÇÃO MUITO BREVE 2A+A/R





# INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS

## LIDAR COM A AMBIVALENÇA

Muitas pessoas fumadoras gostariam de deixar de fumar, mas têm sentimentos de ambivalência. Reconhecem o problema e ponderam as razões para deixar de fumar, mas não se sentem muito motivadas. O objetivo da intervenção motivacional é ajudar a resolver a ambivalência, aumentando a intenção de mudar, sem criar resistências ou confronto no processo de comunicação.

### Avaliar a prontidão para a mudança

Para ajudar a resolver a ambivalência, deve avaliar-se a prontidão para a mudança, nas suas duas componentes: a **importância e a confiança (autoeficácia)**.

Com esse intuito, use uma escala de 0 a 10.

Se a importância atribuída for baixa, trabalhe essa percepção. Pode usar a técnica das questões sobre o resultado obtido na escala de importância: *Porque deu um valor tão baixo à importância que tem para si deixar de fumar? Em que circunstâncias daria um valor mais elevado?*

Em alternativa, pode utilizar a técnica do **balanço decisional** entre os prós e os contras de continuar vs. deixar de fumar. Imprima a folha existente no SClínico e peça à pessoa para a preencher. Discuta o resultado. Esta técnica tem maior utilidade nas fases iniciais de construção da prontidão para a mudança, quando a importância atribuída ainda é baixa.

Se o resultado obtido na escala de confiança (autoeficácia) for baixo, pergunte: *Porque deu este valor? O que sente que lhe falta para atribuir um valor mais elevado? O que gostaria de fazer para se sentir mais capaz para deixar de fumar?* Ao verbalizar as respostas, a pessoa aumenta a percepção sobre os recursos internos para mudar e de que forma estes podem ser utilizados ou aumentados. Reforce a confiança. Mostre-se otimista e positivo.

### Técnicas comunicacionais que ajudam a aumentar a motivação

Peça permissão para falar sobre o assunto. Expresse empatia. Evite tentar “endireitar a vida” da pessoa. Não prescreva soluções. Promova a autonomia: é a pessoa que tem de encontrar as suas próprias respostas.

- **Coloque perguntas abertas** – *Fale-me dos seus hábitos tabágicos! Quando decide fumar, em que circunstâncias o faz?* Coloque questões que encorajem a pessoa a verbalizar a intenção de deixar de fumar (falas de mudança).

- **Reforce ou valide** – Faça afirmações positivas e de apreço genuíno sobre os pontos fortes e as capacidades da pessoa. As dificuldades podem ser valorizadas como uma força pessoal. Ex: *Deve ter uma força interior muito forte para ter conseguido reduzir o número de cigarros.* Evidencie as discrepâncias entre a situação atual e o desejo de mudar.

- **Escute de modo reflexivo** – Refletir é devolver aquilo que a pessoa está a contar ou a sentir, com o objetivo de aumentar o seu autoconhecimento. Nesse sentido ouça ativamente e deixe que a pessoa se exprima.

- **Faça resumos** – Ajudam a assegurar que o profissional está a compreender a informação que lhe está a ser dada. Também devem evidenciar aquilo que foi percebido de forma menos expressa (ex: sentimentos).

## LIDAR COM A RESISTÊNCIA À MUDANÇA – ABORDAGEM MOTIVACIONAL BREVE 5R

A pessoa que não considera modificar o seu comportamento e deseja continuar a fumar pode adotar uma postura defensiva: *Temos de morrer de alguma coisa; A minha avó fumou toda a vida e nunca teve nenhum problema; Não acredito que deixar de fumar resolva os meus problemas.* A intervenção motivacional, assente na abordagem 5R, visa ajudar a pessoa a reconhecer o problema e a considerá-lo suficientemente importante para começar a considerar a possibilidade de mudar.

RELEVÂNCIA	Encorajar a pessoa a indicar em que medida deixar de fumar é importante para ela, tentando ser o mais específico possível. <i>Em que medida deixar de fumar é importante para si? Quais os motivos que o(a) levam a pensar em deixar de fumar? Por que razões seria importante para si deixar de fumar agora?</i> A informação a fornecer pelo profissional de saúde será mais motivacional se for relevante para a pessoa, tendo em conta as respostas a estas questões.
RISCOS	Questionar sobre os aspetos “menos bons” do consumo: <i>O que sabe sobre os riscos de fumar? Pessoalmente, quais desses riscos o preocupam mais? O que não lhe agrada quando fuma?</i> Valorizar e aprofundar os riscos imediatos e a longo prazo identificados pela pessoa.
RECOMPENSAS	Pedir à pessoa que identifique os benefícios que deixar de fumar lhe poderá trazer: <i>Se parar de fumar, que benefícios sente que poderá ter?</i> Os principais ganhos podem ser: sentir-se melhor, poupar dinheiro, reduzir os sintomas de doença, ter mais energia, ter um bebé mais saudável, evitar doenças no futuro, não expor outras pessoas ao fumo, etc.
RESISTÊNCIAS	Pedir à pessoa que identifique os obstáculos à decisão de deixar de fumar: <i>O que o(a) impede de deixar de fumar? Que dificuldades sente que vai enfrentar se parar de fumar?</i> As principais barreiras podem ser: gostar de fumar, não conseguir lidar com os sintomas de privação, medo de falhar, receio de ganhar peso, sentir-se “em baixo”. <i>Há alguma coisa que o(a) possa ajudar a tomar a decisão? Existe alguma coisa que o(a) impeça de tomar a decisão?</i> Se não se obtiver uma decisão de mudança, ou se a decisão for a de continuar a fumar, mostrar compreensão e perguntar: <i>Podemos voltar a falar deste assunto? Quando decidir deixar de fumar estou disponível para o(a) ajudar.</i> Disponibilizar materiais de informação.
REPETIÇÃO	Em cada novo encontro, explorar a ambivalência e criar nova oportunidade para a pessoa parar de fumar.

Fonte: Adaptado de Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

# ALGORITMO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TABAGISMO

## Avaliação da necessidade de terapêutica farmacológica

### Avaliar a dependência

- Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?
- Quantos cigarros fuma por dia?
- Quais os sintomas de abstinência em tentativas anteriores?

### Indicação para uso de farmacologia

- Fumar nos primeiros 30 minutos após acordar;
- Fumar mais de 10 cigarros por dia;
- História de sintomas de abstinência em tentativas anteriores.

A não observância de alguma destas condições não exclui, no entanto, a possibilidade do uso de farmacologia.

## Aconselhamento terapêutico

- Recomendar a utilização de fármacos, salientando o aumento da possibilidade de sucesso na cessação.
- Informar sobre as vantagens dos fármacos na redução da necessidade de fumar. Salientar que estes, só por si, não resolvem a dependência: ajudam a resolver. É necessária motivação e preparação para mudar.
- Esclarecer sobre as diferentes opções terapêuticas, de acordo com a avaliação clínica da pessoa e o uso de tabaco.
- Adaptar a decisão farmacológica às preferências da pessoa.
- Fornecer informação sobre a forma de administração e possíveis efeitos secundários.

## Medicamentos de 1ª linha

### Substitutos da Nicotina

A terapêutica de substituição da nicotina (TSN) consiste na reposição da dose diária de nicotina habitualmente consumida.

O fumador consome, em média, 1mg a 1,5 mg de nicotina por cigarro.

A posologia e a duração do tratamento com substitutos da nicotina deve ser ajustada a cada pessoa fumadora e ao seu grau de dependência, tendo como referência orientadora o Quadro 1.

Existem fórmulas de administração por via oral (pastilhas e comprimidos de chupar, gomas de mascar, películas orodispersíveis), ou por via transdérmica (adesivos), em diferentes dosagens.

É fundamental o ensino da técnica correta de utilização. O tratamento deve ter início no Dia D.

Duração habitual do tratamento: oito a doze semanas.

Não sujeitos a receita médica.

### Vareniclina

Elevada afinidade e seletividade aos recetores nicotínicos neuronais  $\alpha 4\beta 2$  da acetilcolina. Duplo efeito: antagonista, na presença de nicotina e agonista parcial, na ausência de nicotina.

Vareniclina, nas dosagens de 0,5 mg + 1 mg e de 1 mg.

A terapêutica deve ser iniciada 7 a 14 dias antes do dia estabelecido para a cessação tabágica (Dia D).

A dose deve ser progressiva, para minimizar os possíveis efeitos secundários:

- Do 1º ao 3º dia - 1cp de 0,5 mg, uma vez ao dia;
- Do 4º ao 7º dia - 1 cp de 0,5 mg, duas vezes ao dia;
- A partir do 8º dia - 1 cp de 1 mg, duas vezes ao dia.

As 2 doses devem ser tomadas de manhã e à noite, sensivelmente à mesma hora em cada dia, após as refeições, com um intervalo mínimo de 8 horas.

Duração habitual do tratamento: doze semanas. Pode ser repetido para evitar a recaída.

Prescrição médica obrigatória.

### Bupropiom

Inibidor seletivo da recaptação neuronal das catecolaminas (noradrenalina e dopamina).

Bupropiom, 150 mg, comprimidos de libertação prolongada.

A terapêutica deve ser iniciada com 150 mg por dia, durante 6 dias. Aumentar, no sétimo dia, para 150 mg duas vezes por dia, com um intervalo mínimo de oito horas entre as duas tomas, para reduzir o risco de toxicidade.

Recomenda-se o início do tratamento enquanto a pessoa ainda fuma, devendo ser estabelecida uma data para parar de fumar (Dia D) durante as duas primeiras semanas de tratamento, preferencialmente na segunda semana.

Duração habitual do tratamento: oito a doze semanas.

Prescrição médica obrigatória.



## SUBSTITUTOS DE NICOTINA

A dosagem da TSN deve ser ajustada ao consumo de cigarros e ao grau de dependência, conforme dosagens de referência no Quadro 1. Os tempos de utilização de cada dose e o tempo total de tratamento devem ser adaptados às respostas individuais de cada fumador. Não ultrapassar a dose de 50mg/dia.

**Quadro 1 - Posologia da terapêutica de substituição da nicotina**

Nº cigarros/dia	Gomas/pastilhas	Adesivos - 24 horas	Adesivos - 16 horas
10 - 19	2 mg/ 8 -10 gomas/dia 8 -10 semanas	21 mg - 4 semanas 14 mg - 4 semanas	15 mg - 4 semanas 10 mg - 2/4 semanas
20 - 30	4 mg/cada 90 minutos 12 semanas	21 mg - 6 semanas 14 mg - 4 semanas 7 mg - 2 semanas	25 mg - 6 semanas 15 mg - 4 semanas 10 mg - 2 semanas
> 30	4 mg/cada 60 minutos 12 semanas	21 mg - 6 semanas 14 mg - 4 semanas 7 mg - 2 semanas	25 mg - 6 semanas 15 mg - 4 semanas 10 mg - 2 semanas

Fonte: DGS, Cessação tabágica. Programa-tipo de atuação, 2008.

Podem associar-se fórmulas de libertação prolongada (sistemas transdérmicos) com fórmulas de libertação rápida (gomas ou pastilhas) - terapêutica conjugada. A terapêutica conjugada de substitutos da nicotina permite obter taxas de sucesso na cessação tabágica muito semelhantes às obtidas com a vareniclina. A TSN pode também ser usada em associação com o bupropiom.

**Efeitos adversos:** cefaleias, vertigens, náuseas, vômitos, taquicardia, insónia, em geral pouco marcados ou ausentes. Efeito irritante da boca e garganta no uso de pastilhas ou gomas, ou irritação local, no uso de sistemas transdérmicos.

**Advertências e precauções:** adolescentes, grávidas, lactantes; acidente cardiovascular recente; angina de peito, arritmias graves, insuficiência arterial periférica, feocromocitoma; úlcera gastroduodenal, hipertensão, diabetes, disfunção hepática, disfunção renal grave. A nicotina é tóxica, pelo que deve ser mantida fora do alcance das crianças.

**Interações:** não referidas.

**Prontuário terapêutico:** <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=nicotina&rb1=1&x=6&y=12>

## VARENICLINA

**Efeitos adversos:** náuseas, vômitos, cefaleias, alterações do apetite, xerostomia, alterações do paladar, alterações do sono, sonhos vívidos. Menor perceção de sede, estomatite aftosa, dor precordial, hipertensão, taquicardia, fibrilhação auricular, palpitações, ataques de pânico. Depressão e ideação suicida também foram referidas.

**Advertências e precauções:** não está indicada na gravidez, lactantes ou menores de 18 anos. Antecedentes psiquiátricos, antecedentes de convulsões e insuficiência renal implicam precaução.

**Interações:** sem interações clínicas significativas com outros fármacos.

**RCM:** [http://www.ema.europa.eu/docs/pt\\_PT/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000699/WC500025251.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000699/WC500025251.pdf)

**Prontuário terapêutico:** <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=vareniclina&rb1=0&x=0&y=0>

## BUPROPIOM

Em alguns doentes com indicações específicas pode obter-se uma taxa de cessação tabágica superior, quando o bupropiom é administrado em associação com os sistemas transdérmicos de nicotina.

**Efeitos adversos:** insónia, convulsões, cefaleias, enxaqueca, irritabilidade, ansiedade, tremor, boca seca e perturbações gastrointestinais. Pode causar ainda depressão, agitação, hipertensão.

**Advertências e precauções:** não está indicado na gravidez, lactantes ou menores de 18 anos, antecedentes de convulsões, doença bipolar, insuficiência renal, insuficiência hepática, história recente de enfarte do miocárdio ou doença cardíaca instável, tumor do sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa, em consumidores intensos de álcool que deixaram de consumir recentemente ou vão deixar de consumir enquanto tomam o bupropiom.

**Interações:** não deve ser associado a IMAO nem a medicamentos com atividade sobre a MAO. O uso simultâneo com antidepressivos tricíclicos pode diminuir ainda mais o limiar convulsivante. Há interações potenciais com: carbamazepina, fosfenitoína, fenobarbital, fenitoína e rifampicina. O ritonavir produz diminuição das concentrações plasmáticas.

**RCM:** [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=29402&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29402&tipo_doc=fi)

**Prontuário terapêutico:** <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=bupropiom&rb1=0&x=0&y=0>

A presente informação não dispensa a leitura dos respetivos Resumos das Características do Medicamento (RCM)

## **Apêndice I – Projeto de Formação**



**9º Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

***CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE  
CESSAÇÃO TABÁGICA: Intervenção do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Reabilitação***

**Carla Maria Tavares Costa Mateus**

**Lisboa**

**2018**





**9º Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

***CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE***  
***CESSAÇÃO TABÁGICA: Intervenção do Enfermeiro***  
***Especialista em Enfermagem de Reabilitação***

**Carla Maria Tavares Costa Mateus**

**Orientador: Profº Joaquim Paulo Cabral de Oliveira**

**Lisboa**

**2018**



## **Abreviaturas e Siglas**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

D.G.S – Direção Geral de Saúde

EEER – enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermeiro de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Plano Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SM – Serviço de Medicina

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO</b>	5
1.1. Título	5
1.2. Palavras-chave	5
1.3. Data de início	5
1.4. Duração	5
<b>2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS</b>	6
<b>3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA</b>	7
3.1. Sumário	7
<b>3.2. Enquadramento do tema</b>	13
3.2.1. A pessoa em processo de cessação tabágica	13
3.2.2. Atividade física e exercícios respiratórios	17
3.2.3. A intervenção do enfermeiro de reabilitação	22
3.2.4. Utilização do quadro de referência de Afaf Meleis	24
<b>3.3. Plano de Trabalho e Métodos</b>	28
3.3.1. Problema geral e problemas parcelares	28
3.3.2. Objetivo geral e objetivos específicos	29
3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de estágio	30
3.3.4. Descrição das tarefas e resultados esperados	31
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	34
<b>APÊNDICES</b>	

**Apêndice I - Cronograma**

**Apêndice II - Revisão *Scoping***

**Apêndice III – Planeamento de atividade**

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Fluxograma de Prisma	10
<b>Figura 2:</b> Teoria das Transições de Meleis	27

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **1.1. Título**

“CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE CESSAÇÃO TABÁGICA: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”

### **1.2. Palavras-Chave**

Foram identificadas as seguintes palavras-chave, de forma a caracterizar sinteticamente o âmbito do projeto:

- Atividade física; exercícios respiratórios; reeducação funcional respiratória; cessação tabágica; enfermagem de reabilitação.
- Exercíses; Breathing Exercíses; functional respiratory reeducation; Smoking cessation; nursing rehabilitation

### **1.3. Data de Início**

O ensino clínico inicia-se a 24 de setembro de 2018.

### **1.4. Duração**

A duração prevista deste projeto é de dezoito semanas, com início a 24 de setembro de 2018 e termino a 8 de fevereiro de 2019. (Apêndice I)

## 2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de 24 de setembro de 2018 a 23 de novembro de 2018.

Formada por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, terapeuta da fala, psicóloga, higienista oral, técnica de serviço social, e assistentes técnicos, que presta cuidados de saúde à população de um concelho no domicílio e na comunidade.

O objetivo da UCC é garantir a melhoria do estado de saúde da população da área do concelho de influência, com a finalidade de alcançar ganhos em saúde.

A equipa de UCC é responsável por programas e projetos que se caracterizam por:

- Ser de âmbito domiciliário e comunitário;
- Dirigido às pessoas dependentes, vulneráveis e em risco;
- Utente/família/comunidade são encarados como parceiros do cuidar.

- Centro Hospital inserido na ARS de Lisboa e Vale do Tejo – Serviço de Medicina Interna de 26 de novembro de 2018 a 08 de fevereiro de 2019.

O internamento na enfermaria de Medicina Interna destina-se a doentes da área médica que necessitam de terapêutica, investigação diagnóstica, e vigilância clínica em meio hospitalar.

O Serviço de Medicina Interna está localizado em três pisos do edifício nascente de uma unidade hospitalar, distribuído por 23 camas no piso 3, 23 camas no piso 4 e 3 camas no piso 5.

Os doentes internados no Serviço de Medicina são caracterizados pela idade avançada e pela coexistência de várias comorbilidades no mesmo doente.



### **3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

#### **3.1. Sumário**

A realização deste trabalho de projeto surgiu no âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Deseja-se com a realização deste projeto de formação, a elaboração de linhas orientadoras que conduzam ao desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, conjuntamente ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), durante o período definido para a realização do ensino clínico, harmonizando a teoria com a prática vivenciada.

O consumo de tabaco nos países desenvolvidos, constitui a principal causa evitável de doença e de morte no mundo, repercutindo-se pesadamente a nível económico e social em todo o planeta. Atinge todas as regiões do mundo, desde os países mais desenvolvidos aos mais carenciados, potenciando as assimetrias em saúde.

O tabagismo é um fenómeno complexo, determinado por múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental, genética e neurobiológica.

Segundo dados publicados pela União Europeia, em 2017, o consumo de tabaco continua a ser o maior risco de saúde evitável nesta região do mundo, sendo responsável por 700.000 mortes a cada ano, no velho continente.

O relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) publicado em novembro de 2017 e que divulga dados referentes a 2016, menciona que nesse ano, morreram em Portugal mais de 11.800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, entre fumadores, ex-fumadores e pessoas que durante a sua vida estiveram expostas ao fumo ambiental (D.G.S, 2017).

O comportamento tabágico é considerado um comportamento adquirido, mantido por um sistema de reforços positivos e negativos. O bem-estar proporcionado pelo cigarro faz com que o ato de fumar se torne repetitivo. O consumo aumenta progressivamente estabelecendo-se a dependência.

O processo de cessação tabágica é vivenciado na maioria dos casos de forma penosa e stressante, pois a transição de fumador para ex-fumador, acarreta consigo alterações na imagem pessoal, alterações de comportamento social e uma síndrome de abstinência física que dificulta todo o processo.

Ao utilizar tabaco independentemente da forma de apresentação (exceto os produtos solúveis e o tabaco de mascar, este último com proibição de venda em Portugal devido ao teor elevado de nicotina), o fumador inspira profundamente, realiza uma pausa e depois expira profundamente.

Respirar e exercícios respiratórios são parte integrante da técnica de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), terapêutica não invasiva e que se socorre dos movimentos respiratórios mecânicos externos para a sua realização.

A Reeducação Funcional Respiratória é um exemplo do núcleo do currículo de um EEER. Segundo o regulamento de competências um ER:

“utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (O.E, 2010, p 1).

Os cuidados do ER agregam uma área de interveniência especializada que resulta de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que pretende contribuir para um conjunto de competências regulamentadas para estes profissionais.

As técnicas respiratórias e a prática de atividade física são identificadas como componentes essenciais e aglutinadoras dos programas de RFR, conceptualizado por Cordeiro & Menoita (2012) e, como explorado neste projeto, potenciadores de sucesso num programa de cessação tabágica.

Desta forma, este projeto emerge da problemática, cuidar da pessoa em processo de cessação tabágica: intervenções do EEER.

O objetivo geral do projeto que me proponho realizar é, desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador.

O projeto será constituído por um enquadramento conceptual que justificará a pertinência do tema em termos, pessoais, profissionais, académicos e sociais, bem como, demonstrará a intervenção do ER na temática escolhida.

Para a realização deste enquadramento foi necessário a realizar de uma revisão *scoping*, (apêndice II) que teve como pergunta inicial:

Quais os efeitos da atividade física e/ou exercícios respiratórios num programa de cessação tabágica?

Por objetivo principal:

- Mapear a evidência científica existente sobre a influência da atividade física e/ou dos exercícios respiratórios, num programa de cessação tabágica.

Por objetivos secundários definiram-se:

- Identificar os benefícios para o sucesso do programa de cessação tabágica;
- Identificar alguns exercícios realizados, incluídos nos programas de cessação tabágica;
- Aumentar conhecimentos sobre programas de cessação tabágica.

A revisão *scoping* respeitou a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs e considerou todos os estudos que integrassem participantes fumadores, que se encontrassem em processo de cessação tabágica voluntariamente ou involuntariamente, independentemente de género, raça, faixa etária, cultura e etnia, com ou sem patologia respiratória diagnosticada.

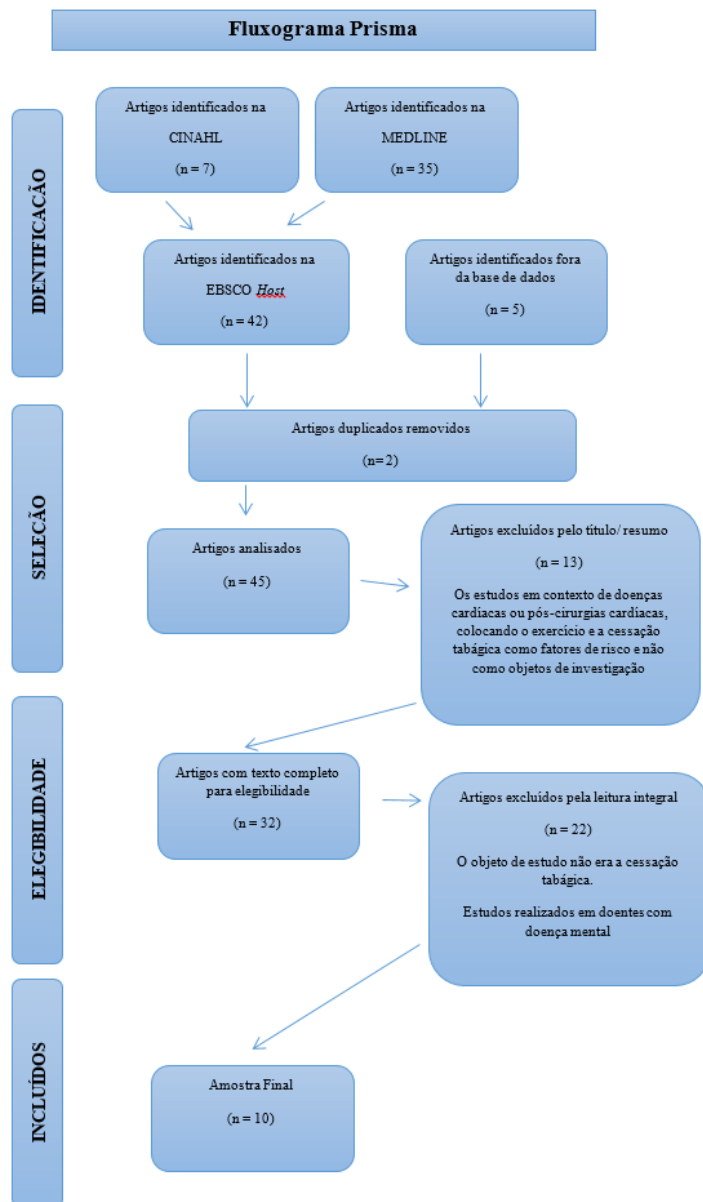
Foram excluídos estudos realizados em populações de fumadores com doença mental diagnosticada. Foram incluídos estudos publicados, literatura cinzenta, revisões sistemáticas da literatura e revisões *scoping*, que incluíam programas de atividade física e/ou exercícios respiratórios, em conceito de cessação tabágica voluntária ou involuntária, independentemente do contexto onde era aplicado o programa.

A estratégia de pesquisa para esta revisão *scoping*, foi realizada durante o mês de abril de 2018 e pretendeu ser abrangente de modo a identificar literatura publicada e não publicada (literatura cinzenta). Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos, na plataforma EBSCO e os termos indexados escolhidos foram: *Smoking cessation; Tobacco Use Cessation Products; Smoking Cessation Programs; Breathing Exercises; Exercises; Therapeutic Exercises* e os operadores booleanos *and* e *or*. Foi ainda realizada uma pesquisa no Google Académico.

Foram considerados para inclusão na revisão *scoping*, estudos em Inglês, Português e Espanhol, publicados entre os anos de 2012 e 2018.

No total foram identificados 47 artigos como potencialmente relevantes, dos quais após análise do título e *abstrat* e de leitura integral foram selecionados 10 artigos<sup>1</sup> (Figura 1), que cumpriam os critérios de inclusão e davam resposta à pergunta inicialmente colocada.

**Figura 1:** Fluxograma de Prisma



<sup>1</sup> Foram utilizados os termos, atividade física e exercícios respiratórios em detrimento de Reeducação Funcional Respiratória por serem os termos indexados utilizados.

Não foi utilizado o termo enfermagem ou cuidados de enfermagem por falta de literatura associada.

As principais conclusões encontradas, deste mapeamento do estado da arte apontam para a existência de estudos à escala mundial, com origens distintas como a Nova Zelândia, o Canadá, o Reino Unido ou Shanghai.

São estudos na sua maioria académicos, duas revisões da literatura e apenas um em contexto de consulta hospitalar intensiva de desabitação tabágica.

Os 10 estudos que foram incluídos nesta revisão *scoping*, são unânimes em atribuir à atividade física e ao exercício respiratório, separadamente ou concomitantemente, uma conotação positiva num programa de cessação tabágica, quer numa fase inicial do processo de abstinência quer no *follow-up* a médio e longo prazo (3, 6 e 12 meses);

Pela leitura dos artigos concluiu-se:

- Que a atividade física constitui uma forma de potenciar resultados positivos, espelhados na taxa de cessação tabágica, quando associada a produtos substitutos da nicotina;
- Que a redução do Cortisol experimentado pelos fumadores no primeiro dia de abstinência pode ser atenuada pela atividade física vigorosa;
- Que foram observadas semelhanças entre os efeitos da nicotina e os efeitos da atividade física, sobre a Neuroadrenalina, envolvida no comportamento viciante e na regulação do humor;
- Que os níveis de Leptina são reduzidos com a realização de atividade física, consequentemente, pela forma como atua a nível cerebral, permite reduzir o ganho ponderal;
- Que não se observaram diferenças significativas no tratamento induzido pelo exercício, entre os tipos de exercício (exercícios aeróbicos versus exercício mente-corpo, incluindo Tai Chi Chuan, Qigong e Yoga), nem entre diferentes níveis de intensidade física (baixo, moderado e alta intensidade);
- Que análises secundárias sugerem, que o efeito positivo da Yoga na cessação tabágica pode ocorrer via redução dos sintomas negativos

associados a deixar de fumar, diminuição do stress e cigarro craving<sup>2</sup> e melhorando o humor e percepção de qualidade de vida;

- Que 3 estudos (Shahab, Sarkar e West 2012; Bock, et.al 2012; Wang, et.al 2014) atribuíram valor terapêutico à dissociação dos tempos respiratórios e à respiração diafragmática.

Como referido no objetivo geral, este projeto assenta na temática da cessação tabágica, com a multiplicidade de fatores que influenciam este período, pelo que, foi deliberado utilizar como referencial teórico de enfermagem, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, de forma a compreender as condições que influenciam o processo de transição, e que são fundamentais operacionalizar para alcançar a mestria num processo de desabitação tabágica.

Posteriormente serão identificados o problema geral e os problemas parcelares que orientarão o estabelecimento de objetivos, quer gerais, quer específicos para o período de ensino clínico e as consequentes atividades a realizar de forma a ampliar conhecimentos e implementar intervenções na área da enfermagem de reabilitação.

Em capítulo próprio serão caracterizadas mais pormenorizadamente, as instituições onde o ensino clínico ocorrerá, bem como os critérios para a escolha de cada uma delas.

No apêndice III será apresentado um planeamento das atividades a desenvolver no período de ensino clínico, com vista à aquisição de domínios e competências estruturantes de um Enfermeiro Especialista e mais concretamente de um Enfermeiro Especialista em Reabilitação, adequadas ao problema principal identificado e à temática a ser trabalhada.

Um último capítulo será composto de considerações finais decorrentes deste projeto de formação e respeitando a temática escolhida.

---

<sup>2</sup> Craving – Forte compulsão em fumar D.G.S (2015)

### 3.2. Enquadramento do tema

#### 3.2.1. A pessoa em processo de cessação tabágica

O tabagismo é desde o final do século passado, o mais importante fator evitável de doenças crónicas não transmissíveis e de mortalidade prematura a nível mundial. A multiplicidade de doenças que advêm do consumo do tabaco, levou a países como Portugal, a manter o seu combate como um Programa de Saúde Prioritário, a par com políticas consertadas a nível europeu e mundial.

O tabaco causa cerca de 7 milhões de mortes por ano (5,1 milhões de homens e 2 milhões de mulheres), no mundo, sendo que quase 900 mil são devido ao fumo de terceiras pessoas, refere a sexta edição do “Atlas do Tabaco” 2018, elaborado pela Associação Americana do Cancro e pela Organização Mundial Vital Strategies.

Em 2016, segundo estimativas elaboradas pelo Institute of Health Metrics and Evaluation, e divulgadas no PNPCT em novembro de 2017, “morreram em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, o que corresponde à morte de uma pessoa a cada 50 minutos. Destas, 9 263 eram homens (16,4% do total de óbitos) e 2581 eram mulheres (4,7% do total de óbitos)”.

O tabaco é um produto processado a partir das folhas de plantas do género *Nicotiana tabacum*, que são cultivadas, colhidas, armazenadas e processadas de formas diversas, produzindo diferentes tipos de tabaco, que são absorvidos em diferentes segmentos do corpo humano.

Associado à folha de tabaco a tecnologia dos aditivos é um instrumento crucial usado na indústria, para estimular o consumo e a dependência, “o atual cigarro norte-americano contem cerca de 10% de aditivos em peso, particularmente sob a forma de açúcares e sabores” (Simões, 2010, p. 27).

“Dada a composição química do tabaco, rico em nicotina, substancia psicoativa geradora de dependência, e em substancias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existe um limiar seguro de exposição para o ser humano, o que obriga à adoção de medidas preventivas e de proteção da saúde baseadas na prova científica, custo-efetivas, continuadas e universais” (World Health Organization, 2008;2009)

Segundo a Autoridade Tributária e Aduaneira, os cigarros foram em 2016, o produto derivado do tabaco mais consumido; o consumo de cigarrilhas, charutos e tabaco de corte fino (tabaco de enrolar), registaram um decréscimo no mesmo ano. O mesmo organismo registou um aumento considerável no consumo de tabaco para cachimbo de água.

A partir da análise dos dados do nosso país, publicada no PNPCT em novembro de 2017 e realizada pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation*, foi possível confirmar que o tabaco mata prematuramente:

“Nos homens, a maior percentagem de óbitos atribuíveis ao tabaco registou-se no grupo etário dos 50 aos 59 anos (cerca de 30% dos óbitos). Nas mulheres, o grupo etário com maior mortalidade atribuível ao tabaco foi o dos 45 aos 49 anos (14,5% do total de óbitos)” (D.G.S, 2017, p.5)

Em 2016 e segundo a D.G.S (2017), o tabaco foi responsável por 46.4% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Dos doentes que morreram com neoplasias, 19,5% dos óbitos encontravam-se relacionados com o tabaco. Das mortes por infeções respiratórias do trato inferior, 12,0% apresentavam na sua história clínica menção ao tabaco e 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares encontrava-se ligada com o tabaco. Estas são de resto as patologias mais comuns associadas ao tabaco. De salientar que estes dados se referem a Portugal e que não incluem apenas fumadores ativos, incluem também ex-fumadores e pessoas sujeitas à exposição ao fumo ambiental durante a sua vida.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde (2014), a percentagem de fumadores em Portugal ronda os 20,0% da população com 15 ou mais anos. Da percentagem de fumadores, 81,9% fumava cigarros diariamente e, destes a maioria fumava, em média, 11 a 20 cigarros por dia.

Em relação ao género, Portugal apresenta uma prevalência de consumo superior nos homens (27,8%) relativamente às mulheres (13,2%); no entanto, estudos apontam para que nos últimos anos esta prevalência seja cada vez mais reduzida, principalmente nas faixas etárias mais jovens. Um estudo realizado pela Associação Americana do Cancro e pela Organização Mundial Vital Strategies (2008), identificou que no nosso país, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, 1.51% dos rapazes eram fumadores, subindo esta percentagem para 1,9% no sexo feminino.



Segundo a D.G.S (2017, p.6), “o grupo etário dos 25 aos 34 anos foi o que registou as maiores prevalências de consumo: 32,0% em ambos os sexos, 41,9% nos homens e 22,3% nas mulheres”, da população geral. Este facto é muito relevante, já a faixa etária supracitada engloba indivíduos jovens, em idade ativa, que com o consumo do tabaco podem desenvolver patologias que lhes dificultem ou impossibilitem a vida laboral e familiar.

Um dos grandes problemas do tabagismo é que os seus efeitos secundários surgem muitas vezes ao fim de algumas décadas de utilização, tendo o fumador uma certa ideia de impunidade do tabaco para com a sua saúde, pelo que é importante sensibilizar os fumadores de faixas etárias mais baixas, de forma a abandonar o consumo para evitar o desenvolvimento de patologias no futuro, “o trabalho de hoje na redução da incidência e prevalência do tabagismo representa um investimento essencial no futuro mais saudável das próximas gerações” (George, 2013, nota introdutória).

Segundo a Associação Americana do Cancro e a Organização Mundial Vital Strategies (2008), os custos económicos em Portugal, relacionados com o consumo de tabaco, ascende a 3 061 milhões de euros, incluindo custos diretos relacionados com despesas de saúde e custos indiretos relacionados com a perda de produtividade devido a patologias relacionadas com o consumo do tabaco e mortalidade precoce.

Abandonar o consumo do tabaco não se mostra tarefa fácil, um estudo da União Europeia, divulgado em 2017, revelou que na Europa cerca de um terço das pessoas fumadoras afirmaram ter tentado parar de fumar em algum momento da sua vida, sem alcançar sucesso. Destas, 6,3% referiram ter realizado esta tentativa nos últimos 12 meses e 30,1% há mais de um ano. Dos fumadores que tentaram parar de fumar e não alcançaram o seu objetivo, 4 em cada 5 tentaram fazê-lo sem assistência e apenas 1 tinha recorrido a auxílio. (D.G.S, 2017)

Em novembro de 2016, foi publicado em Portugal o Despacho n.º 14202-A/2016, que veio estabelecer diversas iniciativas de incentivo à cessação tabágica, com destaque para a possibilidade de comparticipação dos medicamentos e para a isenção do pagamento das taxas moderadoras nas consultas de desabitação tabágica. Em 1 de janeiro de 2017, um dos medicamentos de primeira linha no tratamento do tabagismo,

passou a ser abrangido por uma comparticipação de 37% pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), como forma de auxiliar a luta contra o tabagismo

Segundo D.G.S (2017), no ano de 2016, foi possível observar um aumento da acessibilidade às consultas de cessação tabágica. No referido ano, foram realizadas cerca de 31 800 consultas de apoio intensivo à cessação tabágica a nível dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e unidades hospitalares do SNS, o que representou um aumento de 3,5% em relação ao ano anterior. A nível dos ACES registou-se um aumento de 12,5% no total de consultas efetuadas em relação ao ano de 2015. Em muitos ACES este foi mesmo um ano inaugural para as consultas de cessação tabágica, já que no final do ano de 2016, pela primeira vez no SNS, todos os ACES apresentavam a possibilidade de acesso a esta tipologia de consulta.

O comportamento tabágico é considerado um comportamento adquirido, mantido por um sistema de reforços positivos e negativos. O bem-estar proporcionado pelo cigarro faz com que o ato de fumar se torne repetitivo. O consumo aumenta progressivamente estabelecendo-se a dependência. Os reforços internos (prazer do consumo) e os reforços externos (aprovação e estimulação sociais) levam à consolidação e manutenção do comportamento.

No nosso país existe um Programa-Tipo de Atuação na Cessação Tabágica, elaborado pela D.G.S, desde o ano de 2007 e ainda em vigor.

No referido programa o papel do enfermeiro, na intervenção breve, é similar a qualquer outro profissional de saúde, “todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudável (...), em particular no que se refere à prevenção e ao tratamento do tabagismo” (D.G.S, 2007, p.29).

Ao observarmos o programa estruturado de apoio intensivo, explicitado no mesmo Programa-Tipo de Atuação, identificamos que o enfermeiro desempenha um papel de coadjuvante do doente no preenchimento do questionário de autopreenchimento e apoio ao médico, nomeadamente nos contactos telefónicos padronizados para o Dia D e para o *follow-up* aos 2 e 6 meses.

Da minha prática clínica, no Centro Hospitalar de Setúbal, reconheço que o Programa-Tipo instituído não espelha a realidade. A intervenção de enfermagem na consulta de cessação tabágica, é mais abrangente que a programada. O enfermeiro

caracteriza o fumador e o seu contexto ambiental, conjuntamente com a determinação do grau de motivação do fumador em parar de fumar, através da quantificação da motivação para deixar de fumar, da importância atribuída à mudança de comportamento e da percepção da capacidade que o fumador tem de si mesmo, para mudar o seu comportamento.

Com base nos dados adquiridos, os enfermeiros estabelecem em conjunto com o fumador estratégias de alteração comportamental que permitem coadjuvar a medicação, na busca do sucesso.

Os enfermeiros realizam ainda entrevista motivacional durante todo o processo de cessação tabágica, reorganizando estratégias, incidindo na implementação de atividades que permitam alcançar o objetivo pretendido.

Estas são algumas das atividades realizadas pelos enfermeiros, sem receberem o devido reconhecimento.

Num processo adaptativo difícil, como é transitar de fumador para não fumador, o papel do EEER, como alguém que “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010,p.3), exponencia a possibilidade de utilizando o processo de enfermagem, estabelecer com o fumador várias ações planeadas, de forma a alcançar com maior sucesso a desejada e muito necessária evicção tabágica.

### 3.2.2. Atividade física e exercícios respiratórios num programa de cessação tabágica

Fumar é um ato muito complexo. Determinado por uma dependência física que segundo Moreira assenta num “mecanismo de dependência da nicotina, tal como o de outras substâncias psicoestimulantes (cocaína, álcool, opiáceos e anfetaminas), é mediado pelo **sistema dopamino-mesocorticolímbico** também designado por **sistema de recompensa cerebral**” (2010, pag.73) e associado com múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental e genética.

Ao fumar, o fumador inspira profundamente, realiza uma pausa e depois expira profundamente, o fumador faz uma dissociação perfeita, umas vezes inconsciente e muitas vezes consciente, dos seus tempos respiratórios.

Quando fuma, a pessoa expõe as vias áreas superiores e inferiores e toda a árvore brônquica a uma agressão repetida diversas vezes ao longo do dia, de meses e de anos.

A vida sedentária é apontada mundialmente, como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas intransmissíveis. Pelo contrário, a atividade física, mesmo que ligeira ou moderada é identificada como um fator essencial para a promoção de um estilo de vida saudável, devido à sua importância na prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis.

A OMS (2004) define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeira gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer.

Um pouco de atividade física é melhor do que nenhuma, pois melhora a condição muscular e cardiorrespiratória, previne a osteoporose, minora o risco de hipertensão, doença cardíaca coronária, AVC, diabetes, cancro de cólon e da mama, reduz o risco de depressão, diminui o risco de quedas, bem como de fraturas do fémur ou vertebrais e é fundamental para o controle de peso.

Para além destes fatores mundialmente aceites, pela pesquisa realizada consegui identificar 10 estudos que foram incluídos na revisão *scoping* (apêndice II) e que são unânimes em atribuir ao exercício físico e ao exercício respiratório, separadamente ou concomitantemente, uma conotação positiva num programa de cessação tabágica, quer numa fase inicial do processo de abstinência, quer no *follow-up* a médio e longo prazo (3, 6 e 12 meses).

Como concluíram os autores do estudo realizado na Universidade de Granada, López-Torrecillas, et. al. (2014,<sup>¶4</sup>) “Our results show that physical exercise, performance of treatment-related tasks, and effective coping with withdrawal symptoms can prolong abstinence from smoking. Programs designed to help quit smoking can benefit from the inclusion of these factors”.

Também a revisão sistemática da literatura realizada por Ussher, Taylor e Faulkner (2014), que analisou 20 trabalhos. Observou em 6 desses trabalhos, taxas de abstinência significativamente mais elevadas em programas de desabitação tabágica que englobavam exercício físico, sendo estas taxas igualmente bem-sucedidas no follow-up de 3, 6 e 12 meses de abstinência. Os mesmos autores referem como explicações evidenciadas para este sucesso, que o exercício pode ser apresentado como uma estratégia que aumenta a autoestima e orgulho pessoal, e reforça uma identidade como um não-fumante e como uma pessoa fisicamente ativa.

No entanto existem estudos que identificaram substancias quantificáveis que podem coadjuvar a importância do exercício físico num processo de cessação tabágica.

Enquanto fumadores, os indivíduos apresentam um nível de Cortisol no sangue elevado em relação a um individuo não fumador. Esta hormona é responsável por sensações de bem-estar e prazer, bem como pelo controlo do stress. Muitos fumadores referem necessitar de fumar para conseguir, por exemplo, trabalhar de manhã, devido ao incremento do nível desta hormona induzido pelo consumo do tabaco. No primeiro dia de abstinência o fumador vivencia uma redução do cortisol, sentindo-se com dificuldade de concentração ou de retirar prazer da vida.

O estudo realizado por Vaughan, et al. em 2014, classificado pelos autores como “o maior estudo cruzado realizado nesta área de investigação até à data” (2014, p.1077), identificaram que os níveis mais elevados de cortisol quer na saliva quer no sangue, foram observados após o exercício físico vigoroso em comparação com o exercício moderado e de fraca intensidade. Sugerem assim os autores, que o exercício vigoroso pode atenuar a redução do cortisol sentida pelos fumadores desde o primeiro dia de abstinência.

Vaughan, et al. (2014) identificou no estudo realizado a existência de semelhanças entre os efeitos da nicotina e os efeitos do exercício físico, sobre os neuro químicos, nomeadamente a noradrenalina, envolvidos no comportamento viciante e reguladores do humor, pelo que, sugerem que a noradrenalina pode ser um marcador mais relevante do que o cortisol para explicar a relação entre exercício e *craving*.

De forma a desenvolver mais conhecimentos sobre respiração, que na maioria das apresentações dos produtos que contêm nicotina é essencial. Decidi incluir estudos que

se centrassem em técnicas respiratórias, nomeadamente, Yoga e/ou na conceção de exercícios corpo-mente. (Shahab, Sarkar e West 2012; Bock,et. al. 2012; Wang,et.al 2014)

Da análise realizada dos diversos textos Shahab, Sarkar e West (2012); Bock et.al (2012) e Wang et.al (2014), estes foram unânimes em atribuir valor terapêutico auxiliar à dissociação dos tempos respiratório e à respiração abomino- diafragmática. Apesar da relevância das conclusões, um dos estudos Shahab, Sarkar e West (2012), adverte para o facto de que o estudo foi realizado em população ocidental sem conhecimento prévio da filosofia Yoga, e que em culturas mais familiarizadas com estes exercícios, seria expectável uma maior adesão, nomeadamente na replicação dos exercícios no domicílio ao longo do dia, de forma a poder ser avaliada a ação dos exercícios respiratório nos picos de *craving* durante mais tempo.

Para Bock, et.al (2012, p.244), embora o tamanho da amostra utilizada no seu estudo seja reduzido,

“resultados de análises secundárias sugerem que o efeito positivo da Yoga sobre os resultados de fumar pode ocorrer via redução dos sintomas negativos associados a deixar de fumar, diminuindo o estresse e cigarro *craving*, e melhorando o humor e percepção de qualidade de vida”.

Respirar e exercícios respiratórios são parte integrante da técnica de Reeducação Funcional Respiratória, terapêutica não invasiva e que se socorre dos movimentos respiratórios mecânicos externos para a sua realização, e que como refere Olazabal (2003, p.1807), tem por objetivo “o restabelecimento funcional da respiração”, de acordo com a faixa etária e a condição do doente.

Segundo Cordeiro e Menoita (2012, p. 61), os objetivos da reeducação funcional respiratória são:

“prevenir e corrigir as alterações do esqueleto e músculos; reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo assim a sobrecarga muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; melhorar a *performance* dos músculos respiratórios e reeducação no esforço” (Testas e Testas, 2008; Costa e Coimbra, 2007; Heitor et.al,1998).

Cada programa de Reeducação Funcional Respiratória deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta as especificidades de cada pessoa (grau de motivação da pessoa, capacidade de aprendizagem, situação socioprofissional e

familiar), o local de aplicação do programa (hospital ou ambulatório), a história clínica da pessoa, os objetivos que se pretendem alcançar com a realização do programa, e os meios disponíveis para auxiliar nas diferentes técnicas.

Tal como referido por Heitor et al,1998 citado por Cordeiro e Menoita,

“antes de se realizar qualquer técnica deve-se sempre posicionar a pessoa numa posição de relaxamento, de modo a reduzir a tensão psíquica e muscular, facilitando a sua participação e proporcionando a aquisição do controlo da respiração, diminuindo assim a sobrecarga muscular” (2012, p.62).

Esta tensão psíquica e muscular encontra-se exponencialmente aumentada na pessoa em processo de cessação tabágica, fomentada pela síndrome de abstinência à nicotina.

Apesar da individualização do programa, a técnica de consciencialização e controlo da respiração, é um alicerce fundamental no início de qualquer programa de Reeducação Funcional Respiratória. A dissociação dos tempos respiratórios e o seu controlo, permite à pessoa melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios; melhorar a capacidade em controlar a sua respiração e contribuir para o relaxamento da parte superior do tórax e região escapulo-umeral (Cordeiro e Menoita,2012); esta região anatómica em pessoas que se encontram num processo de cessação tabágica, acumula em grande parte dos casos, tensão face ao *stress* sentido pela transição que a pessoa está a viver.

Estas técnicas associadas à realização de inspiração nasal e expiração com os lábios semicerrados, ao treino da respiração diafragmática, à reeducação diafragmática e à reeducação costal, permitem prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios de forma a melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, muitas vezes alterada na pessoa fumadora há vários anos.

Concomitantemente com as técnicas respiratórias, a prática de exercício físico é como refere Cordeiro e Menoita, “atualmente, reconhecido como componente fundamental e aglutinador dos programas de Reeducação Funcional Respiratória” (2012, p.117), esta prática é composta por exercícios aeróbicos e treino de força ou resistência.

Os exercícios aeróbicos de acordo com Pamplona e Moraes (2007, p.103) são compostos por “estímulos de intensidade moderada a elevada e duração moderada a



longa, utilizando neste treino grandes grupos musculares, servindo-se da energia, essencialmente produzida pela via aeróbica”.

Os exercícios de treino de força ou resistência englobam segundo as mesmas autoras “a utilização de estímulos de intensidade elevada e de curta duração, mais localizados a pequenos grupos musculares” (2007, p.103).

Como referido anteriormente, na pessoa em processo de cessação tabágica o exercício físico permite além da melhoria da capacidade ventilatória e da condição física, produzir hormonas e neurotransmissores capazes de diminuir ou ajudar a tolerar melhor a síndrome de abstinência tabágica, e se, alguns estudos apontam para resultados recorrendo a exercício de intensidade elevada, para alcançar benefícios, outros referem exercício ligeiro a moderado, também como uma mais valia nesta luta contra os sintomas provocados pela cessação do consumo da nicotina e na procura de alterar estilos de vida pouco saudáveis, em grande parte dos casos instituídos há muitos anos.

### 3.2.3. A intervenção do enfermeiro de reabilitação num programa de cessação tabágica

A enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais tal como descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (2010, p.1).

No mesmo regulamento pode ler-se que “a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (2010, p.1). Este projeto tenta responder à aquisição destas competências, pois visa potenciar o sucesso num processo de cessação tabágica, de forma a, assegurar a função respiratória e a prevenir complicações como a instalação de enfisema, evitando incapacidades decorrentes de uma má distribuição e ventilação alveolar.

Outro aspeto relevante nas funções do EEER prende-se com o destaque dado no mesmo regulamento às “intervenções terapêuticas que visam (...), manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diárias” (2010, p.1), um pilar fundamental da Enfermagem de Reabilitação. Numa primeira análise desta frase, vem ao pensamento



quase de imediato, processos de doença ou acidentes que culminam em sequelas auto-limitantes, mas a verdade é que a pessoa fumadora não é independente nas suas escolhas diárias. Por detrás da sua vontade existe uma substância que a impulsiona e impede de ir a diferentes sítios, desempenhar esta ou aquela função, parar ou não de fumar.

Os cuidados do ER agregam uma área de intervenção especializada que resulta de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Neste corpo de conhecimentos e procedimentos encontra-se a Reeducação Funcional Respiratória, pelo que este projeto não poderia ser realizado por um enfermeiro generalista, ou por um enfermeiro especialista em outra área de especialização, já que esta temática não faria parte das suas competências.

Os cuidados do ER dirigem-se tal como referido pela OE “à pessoa em todas as fases do ciclo vital”, pelo que não foi instituído neste projeto limite de idade na população a estudar e na população intervencionada (2010.p.1).

Ao analisar o estado da literatura produzida pelos enfermeiros na área que me encontro a estudar (e nomeadamente por enfermeiros portugueses), constatei que nada havia sido publicado. Não quero com esta frase dizer que nada foi feito, pois não realizei uma revisão sistemática da literatura, e da minha prática clínica sei que os enfermeiros no nosso país, trabalham muito, tem projetos inovadores, mas escrevem e publicam muito pouco. Por este facto a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015), definiu áreas prioritárias a investigar nesta especialidade. Pelo enquadramento conceptual apresentado nos capítulos anteriores, entendo que este projeto se enquadra na área definida como mais prioritária por estudar: os “Processos Fisiológicos estudando as intervenções autónomas do EEER na função motora e na função respiratória” (2015, pag.5). E também na área considerada prioritária: Estilos de Vida Saudável (ergonomia e exercício físico) (2015, pag.4).

A qualidade de cuidados prestados e a sua melhoria continua necessitam de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos EEER. Em 2015 foi publicado um documento pela OE estabelecendo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

No caso do projeto aqui apresentado, penso ter condições para se enquadrar no Core de Indicadores definido pela OE, já que procurarei com a minha ação, auxiliar no processo de transição de fumador para ex-fumador de forma menos stressante; perseguindo níveis elevados de satisfação da pessoa; ajudando a alcançar o máximo potencial de saúde; prevenindo complicações; buscando conjuntamente com a pessoa, desenvolver processos adaptativos eficazes para contornar o tabagismo; desenvolver processos de reeducação funcional, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade, muitas vezes comprometida pelo uso de uma substância psicoativa.

Entendo ainda, que este projeto pode contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, explorando os conhecimentos característicos do ER.

#### 3.2.4. Utilização do quadro de referência de Afaf Meleis – Teoria das Transições

A teoria das transições desenvolvida por Afaf Meleis permite ao profissional de enfermagem obter uma visão completa e aprofundada de uma transição, sendo possível ao enfermeiro colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica perante a transição que a pessoa vivência (Meleis et al., 2000).

O conceito de transição pode ocorrer devido a uma mudança no estado saúde-doença, a uma mudança de desenvolvimento (relacionado com o ciclo de vida), a uma mudança situacional ou ainda a uma mudança organizacional ou nas relações ligadas ao papel social.

Uma transição mostra mudança de necessidades em todo o seu ser e exige que a pessoa incorpore recentes conhecimentos, altere comportamentos e transforme a sua definição de *self* no ambiente. “Exige uma vivência conjunta entre a identidade presente e a “nova” identidade numa complexa interacção pessoa-ambiente” (Meleis 1994, p.256).

Esse processo impõe ao ser humano o desenvolvimento e a utilização de mecanismos e recursos de suporte e de adaptação, para ultrapassar a crise. Estes períodos de crise são valiosos, no sentido de desenvolver a habilidade da pessoa em apreender algo de valor com a experiência, possibilitando um ganho subjetivo em compreensão, sabedoria e autoconhecimento (Zagonel, 1999; Meleis, 2010). Esta

experiência é relevante num processo de desabitação tabágica, pois a pessoa durante a sua vida será colocada em diferentes situações ameaçadoras da sua condição de ex-fumador.

Neste projeto considerarei dois tipos de transições, num padrão múltiplo e simultâneo. A transição situacional que ocorre de fumador para ex-fumador, onde a pessoa vai ter que desenvolver mestria, gerando uma nova imagem de si mesmo (sem cigarro); e uma transição saúde–doença, pelo surgimento da síndrome de abstinência.

Para Meleis, o profissional entra em interação com um **cliente de enfermagem**. Este cliente é parte integrante do seu **ambiente** e está a viver uma **transição** ou a antecipação de uma transição. As interações enfermeira-cliente organizam-se em torno de um **processo de enfermagem** e a enfermeira emprega **terapêuticas de enfermagem** para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994; p. 256).

Existem algumas condições que influenciam o processo de transição. Estas condicionantes podem tomar o papel de facilitadores ou inibidores do processo de transição. Devem ser trabalhados de forma a alcançar o sucesso num processo de desabitação tabágica.

Estas condicionantes podem encontrar-se relacionadas com fatores pessoais, da comunidade e da sociedade.

As condicionantes pessoais relacionam-se com os significados (neutros, positivos ou negativos) concedidos aos episódios que constituem a transição; as crenças e posturas culturais; a condição socioeconómica mais baixa, pode provocar maior vulnerabilidade e motivos que dificultem a transição; a preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor. (Guimarães e Silva, 2016)

As condicionantes que advêm da comunidade e da sociedade, como por exemplo, a existência de apoio familiar e social ou de recursos instrumentais, podem igualmente complicar ou auxiliar a transição. (Guimarães e Silva, 2016)

A teoria de enfermagem das transições assenta em 5 propriedades essenciais:

- **Consciencialização:** esta propriedade encontra-se relacionada com o reconhecimento de que se está a viver uma transição. O nível de perceção reflete-

se, muitas vezes, no nível de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas dadas, e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000);

- **Empenho:** o nível de consciencialização influencia o nível de empenho, pois o cliente só pode envolver-se depois de adquirir a consciencialização da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela, em que tal não acontece. (Meleis et al., 2000);
- **Mudanças e diferenças:** é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição. A mudança inclui a natureza, a temporalidade, a importância ou a gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis et al., 2000); A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não resolvidas ou desviantes; como por exemplo, sentir-se diferente; compreender-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira díspar.
- **Espaço temporal:** esta propriedade começa nos sinais iniciais de antecipação, e prolonga-se até alcançar a percepção ou demonstração de mudança. É caracterizada por apresentar períodos de instabilidade, confusão e *stress*;
- **Eventos e pontos críticos:** associados com a consciência de mudança e com um maior empenhamento na experiência de transição. Cada ponto crítico impõe ao enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de aumento da vulnerabilidade.

Num processo de transição os padrões de resposta poderão ser:

- **Indicadores de processo:** permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra a caminhar na direção de alcançar a saúde e o bem-estar, ou se caminha na direção de aumento da vulnerabilidade;
- **Indicadores de resultado:** mestria no desempenho de novas competências, que demonstra um avanço nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permite viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a procura de sistemas de suporte social, a aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*, entre outros (Meleis et al., 2000).

Para um melhor esclarecimento da operacionalização que pretendo realizar durante o ensino clínico desta teoria de enfermagem, apresentarei seguidamente um caso hipotético, recorrendo ao esquema de atuação elaborado por Afaf Meleis.

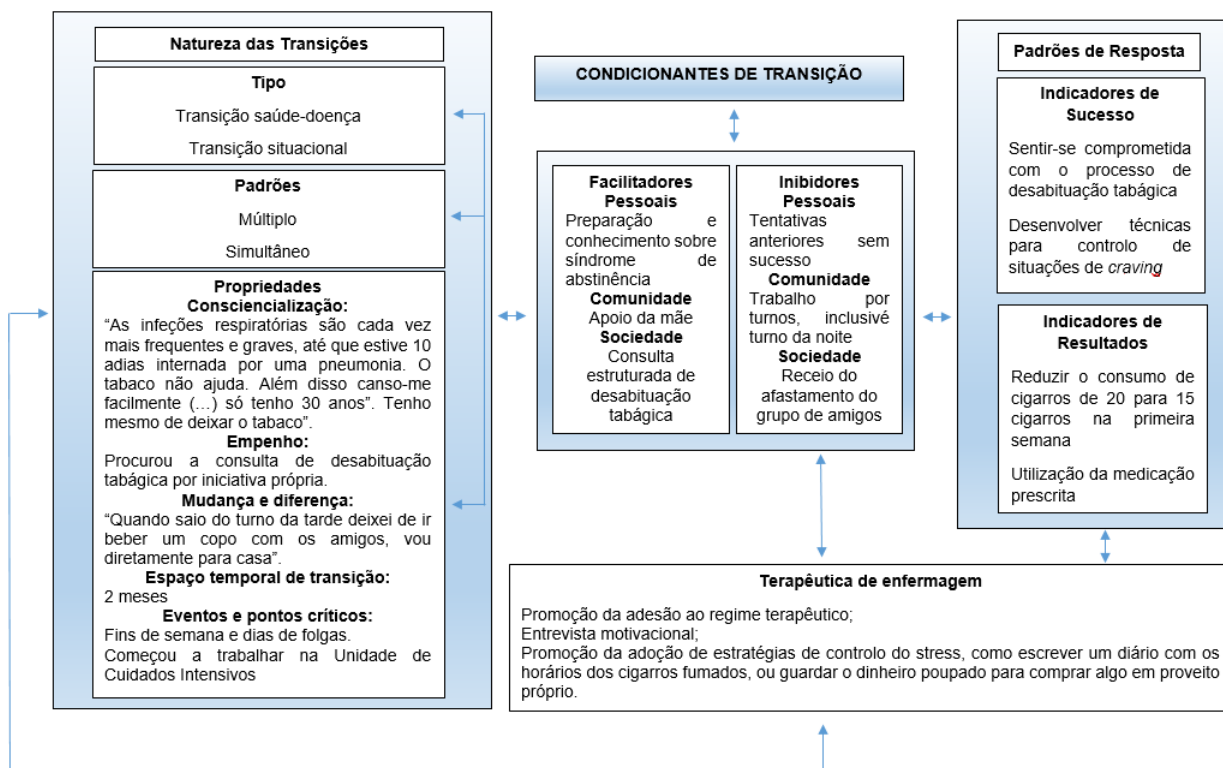
### Caso:

A senhora J. tem 30 anos, solteira, auxiliar de ação médica num hospital distrital. Nos últimos 3 anos recorreu por diversas vezes ao Serviço de urgência por crises de dificuldade respiratória e infeções respiratórias. No último mês esteve internada 10 dias, no Serviço de Pneumologia, com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade.

A quando da alta hospitalar, foi requerida consulta de desabitação tabágica, que aguarda marcação.

Dirige-se à Unidade para pedir antecipação da consulta de desabitação, pois encontra-se muito motivada.

**Figura 2:** Teoria das Transições de Meleis



Espero com este caso hipotético, ter conseguido em primeira análise, justificar a escolha desta teórica, para este projeto. E em segunda análise, esquematizar a forma como

pretendo operacionalizar esta teoria de enfermagem de médio alcance, no período de ensino clínico.

Num processo de cessação tabágica, os fatores condicionantes são multifatoriais e de naturezas muito diversas, pelo que, tal como citado por Guimarães (2016, p.5) “através de um cuidado culturalmente congruente com as reais necessidades do cliente pode se alcançar o seu estado de bem-estar, bem como facilitar a reformulação de identidade e a mudança de comportamentos, que por sua vez podem evitar recidivas de enfermidades”.

### 3.3. Plano de Trabalho e Métodos

Após a realização do enquadramento conceptual e a explicação da relevância desta temática urge enunciar quais os problemas que irão definir as ações a executar no estágio, bem como os objetivos que pretendo alcançar.

#### 3.3.1. Problema geral e problemas parcelares

O **problema geral** ao qual se pretende dar resposta com a realização deste projeto é:

- Quais as competências a desenvolver, na área da enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador?

Despontam 2 **problemas parcelares**:

- Qual a influência do exercício físico e dos exercícios respiratórios num processo de cessação tabágica, num contexto de internamento hospitalar e/ou num contexto de cuidados na comunidade?
- Quais são as intervenções do EEER que podem facilitar o processo de transição de fumador para ex-fumador, num contexto de internamento hospitalar e/ou num contexto de cuidados na comunidade?

### 3.3.2. Objetivo geral e objetivos específicos

Decidi formular os objetivos de forma a possibilitar, serem comuns aos dois campos de estágio, pois entendo que o ambiente nesta problemática não acarreta grandes alterações na aprendizagem do futuro EEER.

Alguns objetivos serão formulados de forma a abranger as competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, face a alterações da funcionalidade ao nível respiratório, sensório-motor e de eliminação, ao longo do ciclo de vida. Independentemente da pessoa/ família/comunidade alvo de cuidado, ter hábitos tabágicos ou não.

Os restantes objetivos serão formulados tendo por suporte a temática desenvolvida neste projeto e caracterizada no quadro conceptual.

Tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010) foram delineados os seguintes objetivos:

#### **Objetivo geral:**

- Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no cuidado à pessoa/família /comunidade, em todo o ciclo de vida.

#### **Objetivos específicos:**

- I. Compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC de Palmela e do Serviço de Medicina Interna do Hospital de S. Bernardo em Setúbal;
- II. Aplicar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família/ comunidade, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- III. Analisar os conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador;
- IV. Valorizar o autocuidado e os estilos de vida saudável, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador.

### 3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Dos diversos locais de estágio propostos pela equipa pedagógica, decidi escolher a UCC e o Serviço de Medicina Interna, ambos inseridos na Administração Geral de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta escolha teve por base o facto, de estes dois serviços se encontrarem próximos da minha área de residência e de trabalho, o que poderá constituir um meio facilitador para conseguir realizar os Ensinos Clínicos, propostos no programa do Curso de EEER, tendo em conta as limitações de horário que tenho atualmente.

A UCC encontra-se sob jurisdição do ACES Arrábida e tem como área geográfica de intervenção um concelho.

Esta área geográfica encontra-se dividida em quatro freguesias, abrangendo no total 462.9 Km<sup>2</sup> com uma população residente de 62 740 habitantes (INE, Censos 2011).

A UCC apresenta como programas específicos:

- Programa no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Equipa de Cuidados Continuados Integrados: “Qualidade de vida...sempre!” – que apresenta como objetivo:
 

“planear, desenvolver e avaliar intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social dirigidas ao individuo dependente e família, no domicilio, orientados para a prevenção, resolução ou palição de problemas concretos, numa perspetiva global que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade e bem-estar da população alvo.” (Sousa & Santos, 2017, p.11)
- Programa de formação técnica externa para Auxiliares de Ação Médica: “Troca de experiencias – com o objetivo de “formar as Auxiliares de ação direta das IPSS do concelho sobre diversos temas de interesses/necessidades”. (Sousa & Santos, 2017, p.15)
- Programa de “Prevenção de quedas na pessoa Idosa” – com os objetivos de “identificar e modificar os fatores de risco existentes; ensinar estratégias que reduzam o perigo de queda; contribuir para a prevenção das quedas na população idosa” (Sousa & Santos, 2017, p.16).



- Programa de desenvolvimento profissional e formação continua: “Partilha de saberes” – com a finalidade de “melhorar o desempenho profissional e a qualidade dos cuidados prestados” (Sousa & Santos, 2017, p.17).
- Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade: “Sê bem-vindo bebé” e Programa de Massagem infantil: “Mãos e sorrisos” – da responsabilidade da enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica.

A UCC participa igualmente em projetos da responsabilidade de outras entidades. A título de exemplo, apoio ao programa de saúde escolar e a programas que apresentam por população alvo adolescentes.

O Serviço de Medicina Interna, tem como missão, tal como referido no Plano de Ação 2013-2015, a “promoção da saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (2013, pag.2).

Este serviço divide a sua atividade clínica pela área de Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia e Unidade de Cuidados Intermédios.

A área de Internamento, o Hospital de Dia e a Unidade de Cuidados Intermédio encontram-se arquitetonicamente divididos pelos 3º, 4º e 5º pisos, do edifício nascente da Unidade Hospitalar, num total de 49 camas.

O internamento na enfermaria de Medicina Interna, destina-se a doentes da área médica que necessitam de terapêutica, investigação diagnóstica, e vigilância clínica em meio hospitalar, sendo os diagnósticos mais comuns as pneumonias sem complicações, as perturbações respiratórias exceto infeções, bronquite ou asma e a insuficiência cardíaca.

#### 3.3.4. Descrição das atividades e resultados esperados

O planeamento das atividades teve como finalidade o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, regulamentadas pela OE,

concomitantemente com a materialização dos objetivos definidos para este projeto. Esta informação poderá ser acedida em forma de tabela no apêndice III.

A programação temporal das atividades propostas poderá ser consultada no cronograma realizado, disponível no apêndice I.

No planeamento constam as competências e os domínios que se pretendem adquirir com os objetivos delineados; as atividades planeadas com o intuito de responder aos objetivos traçados; os recursos que serão necessários mobilizar para a realização das atividades; e os indicadores e critérios de avaliação necessários para compreender se os objetivos foram atingidos.

Considera-se que todas as atividades programadas têm implícito o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos, fundamentados pelo Código Deontológico da profissão e pelas preferências do utente/família/cuidadores. Desta forma, a competência comum definida para o Enfermeiro Especialista no domínio: **DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**, é transversal a todas as atividades planeadas neste projeto, não surgindo explicita no quadro em apêndice.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre o projeto nestas páginas apresentado, constatei que a sua realização está a ser muito enriquecedora, quer em termos pessoais, quer em termos profissionais. A pesquisa bibliográfica realizada permitiu-me aumentar conhecimentos sobre a maior causa de morte, doença e perda de anos de vida evitável a nível mundial, o tabagismo. Facultando-me no papel de futura EEER a hipótese de programar, aplicar e avaliar atividades específicas, manipulando um corpo de conhecimentos próprio, na procura da satisfação profissional, e da melhoria continua dos cuidados prestados à pessoa em processo de cessação tabágica.

A elaboração deste projeto de estágio permitiu orientar a minha autoformação, identificando aspetos relevantes para a minha aprendizagem e indicando direções a tomar de forma a alcançar os objetivos delineados, e as competências gerais e específicas que me permitirão alcançar a categoria de EEER e o grau de mestre.

As ações planeadas pretenderam dar resposta aos problemas levantados e aos objetivos traçados, bem como, estabelecer indicadores e critérios de avaliação que permitirão a realização do Relatório de Estágio, a efetuar durante e posteriormente à frequência dos Ensinos Clínicos, quer em contexto de Saúde Comunitária, quer em contexto de Cuidados Hospitalares.

As expectativas relativamente à operacionalização deste projeto são muitas e encontram-se intimamente relacionadas com os locais de estágio escolhidos, e com as oportunidades de aprendizagem que surgirão.

Este projeto encontra-se permanentemente sujeito a avaliações e reformulações com base em reflexões críticas, instigadas por novas experiências.

Um projeto futuro só consegue alcançar o sucesso se começar a ser construído no presente. O projeto futuro só acontecerá se o começarmos hoje.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beth C. Bock, Ph.D., Joseph L. Fava, Ph.D., David M. Williams, Ph.D., Ronnesia Gaskins, Ph.D., Ernestine Jennings, Ph.D., Geoffrey Tremont, Ph.D., Kathleen M. Morrow, Ph.D., Bruce M. Becker, M.D., M.P.H., and Bess H. Marcus, Ph.D. (2012). Yoga as a Complementary Treatment for Smoking Cessation in Women. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH* Volume 21, Number 2. Acedido em abril de 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304243/>
- Centro Hospitalar de Setúbal. Serviço Medicina. (2013). *Plano de Ação Triénio 2013 – 2015*. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal
- Chick, N., Meleis, A. - Transitions: a nursing concern. In Nursing research methodology: issues and implementation. Rockville: P. L. CHINN, (ed.) 1986.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Despacho n.º 14202-A/2016. Diário da República, 2.ª série, N.º 227 (25 de novembro de 2016). 35240-(2). Acedido a 08/06/2018. Disponível em [http://www.iasaude.pt/attachments/article/1805/despacho\\_14202\\_a\\_2016\\_prevencao\\_controlo\\_tabagismo.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/1805/despacho_14202_a_2016_prevencao_controlo_tabagismo.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Cessação Tabágica: Programa-Tipo De Actuação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Prevenção E Controlo Do Tabagismo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional de Prevenção E Controlo Do Tabagismo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. (2018). *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. American Cancer Society, Inc. Atlanta, 2018
- European Union. (2017). *Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. European Union, March 2017.
- Gonseth, S. and Cornuz, J., Locatelli, I., Bize, R., Nussli, S., Clair, C., Pralong, F. (2014). Leptin and smoking cessation: secondary analyses of a randomized controlled trial assessing physical activity as an aid for smoking cessation. *BMC Public Health*.

- Acedido em abril de 2018, Medline with fullText  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2)
- Guimarães, MSF. Silva, LR. **Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem.** Rio de Janeiro (br); 2016. Acedido a 9/7/2018. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Acedido a 08/06/2018. Disponível em <https://stg.sns.gov.pt/noticias/2016/04/13/ine-estatisticas-da-saude-2014>
- López-Torrecillas, F. Rueda, M. López-Quirantes, E. Santiago, J. Tapióles, R. (2014). Adherence to treatment to help quit smoking: effects of task performance and coping with withdrawal symptoms. *BMC Public Health*. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText
- Meleis, A. e Trangensstein, P. Facilitating Transition: Redefinition of Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 1994, 42:255-259
- Meleis, A. - *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New-York: Springer Publishing Company, 2010.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 5ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Olazabal, M. (2003). Métodos de Limpeza das Vias Aéreas. In Sotto-Mayor, R& Gomes, M. *Tratado de Pneumologia*. (1780-1790). Lisboa: SPP.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 10/06/2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 10/06/2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 10/06/2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas de Investigação Prioritárias Para A Especialidade De Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 10/06/2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Atividade Física - Folha Informativa N° 385*. Fevereiro de 2014
- Pamplona, P. & Morais, L. (2007). *Treino de exercício na doença pulmonar crónica*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 13 (1): 101-128.
- Patterson PhD MSc, F., Zaslav, D., Kolman-Taddeo MD, D., Cuesta, H., Morrison MD, M., Leone MD MSc, F., and Satti MD, A. (2017). Smoking Cessation in Pulmonary Care Subjects: A Mixed Methods Analysis of Treatment-Seeking Participation and Preferences. *RESPIRATORY CARE VOL 62 NO 2*. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText
- Pestana, E., Alves, P., Borges, M., Matias, D., Mendes, B., Moreira, S. ...Raposo, M. (2010). *TABAGISMO: Do Diagnostico ao Tratamento*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel
- Roberts, V. & Maddison, R. & Simpson, C & Bullen, C & Prapavessis, H (2012). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology* 222. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText
- Roberts, V & Gant, N & Sollers, J. III & Bullen, C & Jiang, Y & Maddison, R. (2014). Effects of exercise on the desire to smoke and physiological responses to temporary smoking abstinence: a crossover trial. *Psychopharmacology*, 232, 1071–1081. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText
- Shahab, L. & Sarkar, B. & West, R. (2013). The acute effects of yogic breathing exercises on craving and withdrawal symptoms in abstaining smokers. *Psychopharmacology* 225. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText
- The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement [Internet]. The Joanna Briggs Institute, editor. The Joanna Briggs Institute; 2015. 10-15 p. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
- Tritter, A & Fitzgeorge, L & Prapavessis, H (2015). The effect of acute exercise on cigarette cravings while using a nicotine lozenge. *Psychopharmacology*, 232, 2531–2539. Acedido em abril de 2018, Medline with fullText
- Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. (2014). Exercise interventions for smoking

cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Acedido em abril de 2018. Disponível em <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002295.pub5/full>

Wang, D., Wang,Y., Wang,Y., Li, R., Zhou, C. (2014). Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLOS ONE VOL 9*. Acedido em abril de 2018. Disponível em <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0110728>

## **Apêndice II – Revisão *scoping***





# **INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA E/OU DOS EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS, NUM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA. REVISÃO SCOPING**

## **BACKGROUND**

---

O consumo de tabaco nos países desenvolvidos, constitui a principal causa evitável de doença e de morte, repercutindo-se pesadamente a nível económico e social em todo o planeta. Atinge todas as regiões do mundo e todos os estratos sociais, desde os países desenvolvidos aos mais carenciados, potenciando as assimetrias em saúde.

O relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo publicado pela Direção Geral de Saúde, em novembro de 2017, e que divulga dados referentes ao ano de 2016, menciona que nesse ano, morreram em Portugal mais de 11.800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco.

Segundo o Eurobarómetro publicado pela União Europeia, em março de 2017, o consumo de tabaco continua a ser, o maior risco de saúde evitável na União Europeia, e é responsável por 700.000 mortes a cada ano.

O tabagismo é um fenómeno complexo, determinado por múltiplos fatores de índole cultural, social, económica, comportamental, genética e neurobiológica. Ao utilizar tabaco (exceto os produtos solúveis e o tabaco de mascar, este ultimo com proibição de venda em Portugal devido ao teor elevado de nicotina), o fumador inspira profundamente, realiza uma pausa e depois expira profundamente.

Respirar e exercícios respiratórios são parte integrante da técnica de Reeducação Funcional Respiratória, terapêutica não invasiva e que se socorre dos movimentos respiratórios mecânicos externos para a sua realização, e que como refere Olazabal (2003, p.1807), tem por objetivo “o restabelecimento funcional da respiração”, de acordo com a faixa etária e a condição do doente.

A Reeducação Funcional Respiratória é um exemplo do núcleo do currículo de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pois este profissional:

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (...) A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) assim como

proporcionar intervenções terapêuticas (...) ao nível das funções: neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (Regulamento n. °125/2011, p.8658).

A falta de atividade física e a vida sedentária, são apontadas mundialmente, como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas intransmissíveis. Pelo contrário, a atividade física mesmo que ligeira ou moderada, é apontada como um fator essencial para a promoção de um estilo de vida saudável, devido à sua importância na prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis.

Dado o período de latência entre o início do consumo do tabaco e as doenças com ele associadas, constitui para os profissionais de saúde um verdadeiro desafio a luta contra o tabagismo. Ou os atuais consumidores deixam de consumir, ou o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nas próximas décadas.

Como referido no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017, p. 20) “a promoção da cessação tabágica é a abordagem que permitirá reduzir a mortalidade por doenças associadas ao tabaco nos próximos vinte a trinta anos.”

A cessação tabágica, seja a pessoa um fumador de longa data ou recente, consuma um número elevado ou reduzido de cigarros por dia, constitui sempre o reconhecer de uma atitude pouco saudável e o perder de um *amigo*, que na maioria dos casos, acompanhou nos bons e maus momentos, de dia ou de noite, na vida daquela pessoa.

De relembrar que o tabagismo é mais do que um hábito ou uma teimosia, como muitas famílias sentem, é uma doença, classificada pela WHO (World Health Organization), desde 1992, na 10.<sup>a</sup> Classificação Internacional das Doenças (CID-10), devido ao Síndrome de Abstinência à Nicotina que a cessação da sua utilização provoca.

Observando o estado da arte, encontramos facilmente dados sobre tabagismo e programas de cessação tabágica, que contam com a participação da enfermagem na colheita de dados e no aconselhamento gerador de alteração de comportamentos, nomeadamente o Programa-tipo de atuação em cessação tabágica, da responsabilidade da DGS, publicado em 2007, e que na atualidade guia as várias intervenções de combate ao tabagismo, nas várias instituições do SNS (Serviço Nacional de Saúde). Compreendo que o EEER, deve ter um papel mais ativo e

inovador. Pelo que, entendi ser pertinente a realização desta revisão *scoping*, no contexto do Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no sentido de perceber se existem formas de atuação estudadas pelo mundo, nomeadamente atuação especializada, que aplique exercícios respiratórios e/ou atividade física num processo de cessação tabágica.

Esta revisão *scoping* irá ser guiada pela metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs, para a realização de revisões *scoping*, com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a inclusão de atividade física e exercícios respiratórios, num programa de cessação tabágica.

A pesquisa inicial foi realizada na plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e no Instituto Joanna Briggs, que revelou que atualmente não existem revisões *scoping* sobre o tema.

## **METODOLOGIA**

---

### **Questão de Revisão**

A questão da revisão foi construída seguindo a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs, pelo que a questão de pesquisa irá incluir: População, Conceito e Contexto.

A população é representada pela pessoa em processo de cessação tabágica. O conceito diz respeito à atividade física e aos exercícios respiratórios e o contexto é independente, podendo os estudos ocorrer em diferentes contextos de cuidados (domicílio, hospital, ambulatório, unidade de cuidados paliativos, outros).

### **Pergunta de Investigação**

Qua os efeitos da atividade física e/ou exercícios respiratórios num programa de cessação tabágica?

### **Objetivos**

O **objetivo principal** da presente revisão *scoping* é:

- Mapear a evidência científica existente sobre a influência da atividade física e/ou dos exercícios respiratórios, num programa de cessação tabágica.

Os **objetivos secundários** desta revisão *scoping* são:

- Identificar os benefícios para o sucesso do programa de cessação tabágica;
- Identificar alguns exercícios realizados incluídos nos programas de cessação tabágica;
- Aumentar conhecimentos sobre programas de cessação tabágica.

## **Critérios de Inclusão**

### **Tipo de participantes**

Esta revisão *scoping* considerou todos os estudos que integrem participantes fumadores que se encontrem em processo de cessação tabágica voluntariamente ou involuntariamente, independentemente de género, raça, faixa etária, cultura e etnia, com ou sem patologia respiratória diagnosticada. Exclui estudos realizados com população de fumadores com doença mental diagnosticada.

### **Conceito**

- Considerou-se por atividade física, ações que possibilitem a movimentação do corpo independentemente da sua intensidade. Ex: andar de bicicleta, andar a pé, etc.
- Considerou-se por exercícios respiratórios, uma reeducação funcional respiratória que fosse sustentada na dissociação dos tempos respiratórios, bem como, na consciencialização da respiração.

### **Contexto**

Esta revisão *scoping* não contemplou nenhum contexto em particular, as pessoas podiam ser acompanhadas em meio hospitalar, nos cuidados de saúde primário e regime de ambulatório ou em contexto laboratorial.

### **Tipo de estudos a considerar**

Esta revisão *scoping* incluiu estudos publicados, literatura cinzenta, revisões sistemáticas da literatura e revisões *scoping* que incluam programas de atividade física e/ou exercícios respiratórios em contexto de cessação tabágica voluntária ou involuntária.

## **Tipo de fontes**

Esta revisão *scoping* abrangeu estudos quantitativos e qualitativos, bem como revisões sistemáticas da literatura e revisões *scoping*. Estudos quantitativos, independentemente de se encontrarem classificados como estudos experimentais, quasi-experimentais ou observacionais. Estudos qualitativos, localizar-se eles, no paradigma interpretativo ou no paradigma crítico.

## **Estratégias de pesquisa**

A estratégia de pesquisa para esta revisão *scoping*, foi realizada durante o mês de abril de 2018 e pretendeu ser abrangente de modo a identificar literatura publicada e não publicada (literatura cinzenta). Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos. O primeiro passo consistiu numa pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCO. Nesta pesquisa pretendeu-se identificar as palavras-chave contidas no título e *abstract* dos documentos encontrados, bem como, os termos indexados usados para descrever os respetivos artigos. Os termos escolhidos foram: *Smoking cessation; Tobacco Use Cessation Products; Smoking Cessation Programs; Breathing Exercises; Exercises; Therapeutic Exercises* e os operadores booleanos *and* e *or*.

No segundo passo, foram utilizadas todas as palavras-chave e termos indexados identificados, encontrados nas bases de dados que constituem a referida plataforma. Em terceiro lugar, a lista de referência de todos os relatórios e artigos identificados foi pesquisada para estudos adicionais.

Como revisora tenciono entrar em contato com autores de estudos primários ou revisões, para mais informações, se isso for relevante para esta revisão.

Foram considerados para inclusão na revisão *scoping* estudos em inglês, português e espanhol, publicados entre os anos de 2012 e 2018. Na base de dados CINAHL como só foram encontrados estudos até 2016 foi alargada a pesquisa até ao ano de 2010. As bases de dados utilizadas foram:

- Academic Search Complete;
- Business Source Complete;
- CINAHL Plus with Full Text
- Cochrane Central Register of Controlled Trials;
- Cochrane Database of Systematic Reviews;
- Cochrane Methodology Register;

- ERIC;
- Library, Information Science & Technology Abstracts;
- MedicLatina;
- MEDLINE with Full Text;
- Psychology and Behavioral Sciences Collection;
- Regional Business News;
- SportDiscus with Full Text;
- The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.

A pesquisa de estudos não publicados, incluindo literatura cinzenta, abrangeu:

- RESEL - Repositório comum;
- ProQuest – Nursing and Allied Health Source Dissertations;
- Teseo – Base de datos de Tesis Doctorales (Spain);
- TDX – Tesis Doctorals en Xarxa (Spain);
- RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal;
- Google Académico.
- Foram igualmente consultados sites institucionais como o site Direção Geral de Saúde, da União Europeia e da Sociedade Espanhola de Pneumologia.

## **RESULTADOS**

---

Mapeando os documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados *CINAHL*, utilizou-se o *CINAHL Headings* para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas *and* e *or*, foram encontrados 7 artigos, que cumpriam os critérios de inclusão definidos para esta revisão. Após leitura do título e *abstract*, foram excluídos 2 artigos, que após leitura integral dos textos, foram excluídos.

Na pesquisa realizada na base de dados *MEDLINE* recorreu-se ao *MeSH2017* por forma a encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas *and* e *or*, foram identificados 35 artigos. Foram excluídos 2 artigos por se encontrarem duplicados com a base de dados anteriormente referida.

Após leitura do título e do resumo, foram excluídos 9 artigos. Dos 24 artigos restantes, procedeu-se à leitura integral do texto, tendo sido excluídos posteriormente 17 artigos, cujo objetivo central não era a cessação tabágica ou devido à população

estudada ser composta por doentes mentais. Foram, selecionados para análise e discussão 7 artigos.

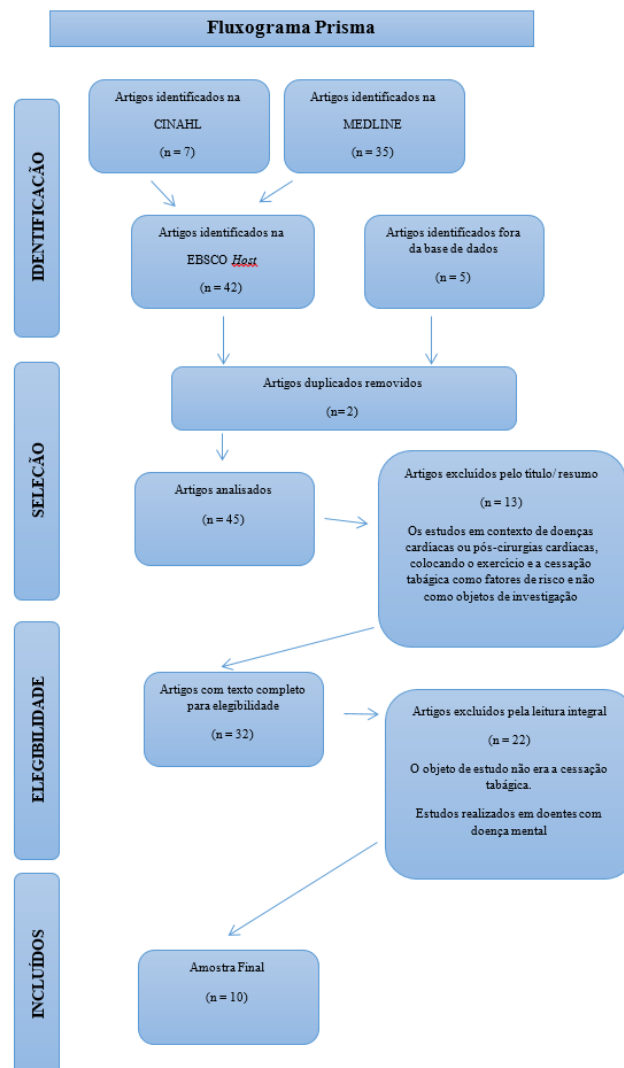
Foi realizada pesquisa no Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid, utilizando um procedimento metodológico semelhante e com os mesmos termos booleanos, não tendo sido encontrados estudos.

Ao mapear os documentos de literatura cinzenta e recorrendo aos mesmo termos supracitados, não foi possível extrair qualquer artigo que cumprisse os critérios estabelecidos para esta pesquisa.

Como último recurso, decidi realizar ainda uma pesquisa no Google Académico, da qual retirei 5 artigos dos quais 3 foram inseridos para análise.

Terminada esta análise procedeu-se à construção do Fluxograma PRISMA, que se apresenta de seguida.

Figura 1 – Fluxograma de Prisma





## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

Os estudos apresentados encontram-se balizados entre os anos de pesquisa anteriormente definidos. São estudos na sua maioria académicos, duas revisões da literatura e apenas um em contexto de consulta intensiva de desabitação tabágica hospitalar.

Por inexistência de estudos que reconhecessem o papel da enfermagem e particularmente do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, como elemento dinamizador das atividades, foi realizada pesquisa sem esse constituinte. O identificar desta lacuna, permitiu abrir horizontes e aprender com outros técnicos de saúde.

Os 10 estudos que foram incluídos nesta revisão *scoping*, são unânimes em atribuir à atividade física e ao exercício respiratório, separadamente ou concomitantemente, uma conotação positiva num programa de cessação tabágica, quer numa fase inicial do processo de abstinência, quer no seguimento a médio e longo prazo (3, 6 e 12 meses).

São estudos demograficamente planetários, pois provem de origens distantes como a Nova Zelândia, o Canadá, o Reino Unido ou Shanghai. Incluiu-se um estudo espanhol. Lamentavelmente não foi encontrado nenhum estudo realizado em português, que estivesse de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos para esta revisão *scoping*.

Num dos trabalhos incluídos nesta revisão, os autores Vaughan Roberts, et al. (2014, p. 1077) classificaram o seu trabalho como, “o maior estudo cruzado realizado nesta área de investigação até à data”. Tentou este estudo, encontrar razões físicas para inserir a atividade física como coadjuvante num processo de cessação tabágica. Referem os mesmos autores que, “the current study is the first study to explore the effects of exercise on plasma and salivary cortisol after overnight smoking abstinence and the first to examine the effects of exercise on noradrenaline and HRV<sup>1</sup> in this context”. (Vaughan Roberts, et al. 2014, p.1078).

Enquanto fumadores, os indivíduos apresentam um nível de Cortisol no sangue elevado em relação a um indivíduo não fumador. Esta hormona é responsável por sensações de bem-estar e prazer, bem como pelo controlo do stress. Muitos fumadores referem necessitar de fumar para conseguir, por exemplo, trabalhar de

---

<sup>1</sup> HRV – Variabilidade do batimento cardíaco

manhã, devido ao incremento do nível desta hormona induzido pelo consumo do tabaco. No primeiro dia de abstinência o fumador vivencia uma redução do cortisol, sentindo-se com dificuldade de concentração ou de retirar prazer da vida.

Neste estudo realizado por Vaughan Roberts, et al. (2014), identificaram que os níveis mais elevados de cortisol quer na saliva quer no sangue, foram observados após o exercício físico vigoroso em comparação com o exercício moderado e de fraca intensidade. Sugerem assim os autores, que o exercício vigoroso pode atenuar a redução do cortisol sentida pelos fumadores desde o primeiro dia de abstinência. Dado o tamanho reduzido da amostra, as conclusões não podem ter poder estatístico, mas segundo Vaughan Roberts, et al. (2014) sugere-se que o exercício vigoroso pode atenuar a reduções no cortisol e deste modo a pessoa consegue manter o seu ritmo de vida.

Vaughan, et al. (2014) identificou no estudo realizado a existência de semelhanças entre os efeitos da nicotina e os efeitos do exercício físico, sobre os neuro químicos, nomeadamente a noradrenalina, envolvidos no comportamento viciante e reguladores do humor, pelo que, sugerem que a noradrenalina pode ser um marcador mais relevante do que o cortisol para explicar a relação entre exercício e *craving*.

Alguns estudos associaram o exercício físico com medicação indicada nas linhas orientadoras do tratamento da dependência tabágica. Estes estudos concluíram que a atividade física constitui uma forma de potenciar resultados positivos, espelhados na taxa de cessação tabágica. No tratamento realizado com produtos substitutos da nicotina, Amelia Tritter, et al. (2015, p.2537) refere que “a libertação constante de nicotina a partir do sistema transdérmico alivia ânsias de fumo constantes, enquanto que o efeito instantâneo dado pela pastilha de nicotina e pela realização de exercício alivia desejos esporádicos”.

No trabalho realizado em Granada, como referem os autores Francisca López-Torrecillas et. al. (2014), o resultado mais importante foi terem demonstrado que a realização de tarefas domésticas específicas para a cessação tabágica, como a elaboração de um diário de episódios de *craving* ou de relatos de situações onde os sintomas de abstinência da nicotina surgissem; associado ao número de sessões de tratamento; a conhecimentos sobre como lidar com os sintomas de abstinência e ao exercício físico, teve uma significativa influência sobre a durabilidade da abstinência.

De forma a desenvolver mais conhecimentos sobre respiração, e como se enquadrava nos critérios de inclusão estabelecidos para esta revisão, inclui estudos que o seu conceito base se centram no Yoga, e um outro estudo que se centra na conceção de exercícios corpo-mente.

Os três estudos (Shahab, Sarkar e West 2012; Bock, et. al. 2012; Wang, et. al 2014), recaíram principalmente na respiração realizada pelos praticantes destas práticas. Nos estudos, os autores referem ensinamentos sobre respiração e citam pouco o aspeto físico-motor que estas filosofias também realizam. Falam em exercícios simples e um dos estudos faz uma diferenciação entre aprender os exercícios com um professor/instrutor ou através de observação de vídeo gravação, não se encontrando diferença significativa nos resultados. No final os três estudos (Shahab, Sarkar e West 2012; Bock, et. al. 2012; Wang, et. al 2014), atribuem valor terapêutico auxiliar à dissociação dos tempos respiratório e à respiração diafragmática. No entanto os autores Shahab, Sarkar e West (2012), advertem para o fato, de que o estudo foi realizado em população ocidental, sem conhecimento prévio da filosofia Yoga, e que em culturas mais familiarizadas com estes exercícios seria expectável uma maior adesão. Nomeadamente na replicação dos exercícios no domicílio ao longo do dia, de forma a manter uma avaliação da ação dos exercícios respiratórios, nos picos de *craving*.

Para Beth C. Bock, et. al (2012), embora o tamanho da amostra utilizada no seu estudo seja reduzido,

“resultados de análises secundárias sugerem que o efeito positivo da ioga sobre os resultados de fumar pode ocorrer via redução dos sintomas negativos associados a deixar de fumar, diminuindo o estresse e cigarro *craving*, e melhorando o humor e percepção de qualidade de vida”. (2012, p.245)

Uma das perguntas que muitas vezes surge na investigação desta temática é, qual a intensidade a aplicar na realização da atividade física, de forma a que, o participante, sinta alteração no seu estado clínico. Neste aspeto os vários estudos são inconclusivos, apesar de atribuírem à atividade física efeito positivo, alguns trabalhos apontam a atividade aeróbica de intensidade moderada a alta como fator preditor do aumento da eficácia, devido à maior produção de hormonas, no entanto, como relata Dongshi Wang et. al (2014) na sua meta-análise, onde avalia os efeitos de várias formas de exercícios físicos em quatro aspetos: taxa de abstinência, sintomas de abstinência, ansiedade e nível de depressão, em participantes dependentes de álcool,

nicotina e drogas ilícitas, “não existem diferenças significativas no tratamento induzido pelo exercício, entre os tipos de exercício (exercícios aeróbicos versus exercício mente-corpo, incluindo Tai Chi Quan, Qigong e Yoga), nem entre diferentes níveis de intensidade física (baixo, moderado e alta intensidade)”.

Um dos estudos (Gonseth et.al 2014) recai sobre um efeito secundário muito frequente na cessação tabágica e que muitas vezes constitui um entrave no sucesso do programa, o aumento do peso corporal. Este estudo tenta alterar a ação da Leptina com a realização de atividade física. Como descrevem os autores do estudo Gonseth et.al (2014) a Leptina:

“é uma citoquina, que é libertada a partir do tecido adiposo e actua centralmente para suprimir a ingestão de alimentos e aumentar a taxa metabólica. A leptina diminui o apetite depois de comer: leptina aumenta com a ingestão de alimentos e modifica o equilíbrio entre a estimulação do apetite e a inibição no hipotálamo neuropéptido Y, levando a uma diminuição consecutiva na ingestão de alimentos.” (2014, ¶ 4)

Ao terminar o estudo os autores concluíram que efetivamente os níveis de Leptina são reduzidos com o exercício físico, o que consequentemente, pela forma como atua a nível cerebral, permite reduzir o ganho ponderal.

Num outro estudo realizado por Patterson et.al. (2017), a pergunta principal insidia sobre o nível de conhecimentos e a importância de poder adquirir terapêutica farmacológica para o sucesso de um programa de cessação tabágica, em classes mais carenciadas da sociedade. Ao realizarem o estudo, os autores decidiram estabelecer um segundo estudo, com uma sub-amostra, onde era ensinado ao doente alguns exercícios/atividade física segura para a sua situação clínica de forma a alcançar a abstinência tabágica. Na conclusão dos trabalhos os autores identificaram que o aumento de conhecimentos teóricos sobre tabagismo e cessação tabágica, e a realização de atividade física eram fatores coadjuvantes para o sucesso do programa de cessação tabágica. Principalmente junto de participantes com diagnóstico de DPOC recente e que na sua história familiar identificavam casos de doenças oncológicas. Os mesmos autores Patterson et.al. (2017) referem que esta conclusão “converge com modelos baseados cognitivamente na mudança de comportamento de saúde (por exemplo, o modelo de crenças em saúde) que afirmam o aumento da gravidade da doença é um determinante de mudança de comportamento”. (2017, p. 190)

O último estudo apresentado, e assim o é porque foi o último a ser encontrado, é este o critério de inserção dos estudos na tabela em apêndice, é uma revisão sistemática da literatura que identificou 20 trabalhos dos quais, 6 referem taxas de abstinência significativamente mais elevadas em programas de desabitação tabágica que englobavam atividade física. Sendo estas taxas igualmente bem-sucedidas em seguimento de 3, 6 e 12 meses de abstinência. Uma das explicações evidenciada por Ussher et. al. (2014), para este sucesso seria que o exercício poderia ser apresentado como uma estratégia que aumenta a auto-estima e orgulho pessoal e reforça uma identidade como um não-fumante e como uma pessoa fisicamente ativa. Os restantes estudos segundo os autores não mostraram efeito significativo entre o exercício físico e a abstinência tabágica.

## **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO**

---

As revisões *scoping* pretendem ser abrangentes e mapear a evidência científica existente na atualidade, sobre uma determinada temática, em detrimento da melhor evidência disponível. Ao realizar uma revisão *scoping* não se procede à avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, pelo que, a presente revisão *scoping*, não permite fornecer recomendações para alterações à prática atual, tal como refere a metodologia do Instituto Joanna Briggs, mas apenas informações que possam orientar a mesma e particularmente neste caso, orientar a minha formação em estágio.

A revisão integrou estudos de natureza essencialmente quantitativa e duas revisões da literatura, em que o conceito de atividade física e exercícios respiratórios associados a programas de cessação tabágica estruturados se encontravam presentes.

Sendo estudos quantitativos produziram no final dados estatisticamente mensuráveis, que permitiram concluir que a realização de atividade física e exercícios respiratórios, potenciam a taxa de sucesso de um programa de desabitação tabágica e mantêm a abstinência por mais tempo.

Uma limitação que encontrei ao ler a metodologia de pesquisa, é que o maior número de trabalhos encontrados, embora rigorosamente desenhados metodologicamente, acompanhavam os participantes por poucas horas e em alguns casos era necessário cumprir uma abstinência tabágica de pouco tempo. Ou seja, a noção que o doente real tem que a abstinência tabágica é para sempre, e que a

pessoa será sempre um ex-fumador, em muitos destes estudos não foi equacionada, o que pode reduzir os níveis de ansiedade que os participantes sentiram versus pessoas reais que pretendem deixar de fumar.

No entanto, estes estudos apresentam com estas poucas horas de abstinência, forma de avaliar uma resposta imediata da pessoa à redução de nicotina. Em muita literatura, são consideradas as primeiras horas, as mais críticas num programa de cessação tabágica, pelos episódios frequentes de vontade de fumar. E em alguns programas de atuação, monitorizadas por *follow-up* telefónico, devido à sua relevância.

Outro aspeto limitador dos estudos, foi que, sendo realizados em laboratório não sofriam muitos dos reveses que as pessoas em programa de cessação tabágica acabam por sofrer. Faltas ao trabalho, alteração do horário ou data de consulta, limitação económica e geográfica na compra de fármacos, são alguns exemplos.

Entendo ser negativo que a evidência científica da melhoria das taxas de abstinência associadas ao exercício/atividade física e aos exercícios respiratório, seja negligenciado nos programas de atuação atuais, nomeadamente, no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Efetivamente nas diretrizes de aconselhamento, referencia-se a atividade física como coadjuvante do sucesso, mas não é dada ênfase a esta prática, que em tantas temáticas pode auxiliar na melhoria da saúde, prevenção da doença e reduzindo custos económicos diretos e indiretos.

Como futura EEER penso que esta temática se relaciona direta e intimamente com os objetivos desta especialidade.

Associando esta revisão com as temáticas lecionadas no segundo semestre do presente mestrado, entendo que a atividade física, e o incremento desta, são competências indissociáveis da carteira profissional.

Se adicionar os conhecimentos adquiridos no semestre passado, sobre respiração e sustentando-me neste trabalho, entendo que os enfermeiros especialistas podem ter um papel relevante e inovador na propagação da prática de atividade física/exercícios respiratórios, inseridos num programa de cessação tabágica. Estes profissionais, pela formação que vão adquirindo ao longo da sua instrução e na prática clínica, conseguem associar as recomendações terapêuticas, com conselhos para alterações comportamentais, com sugestões de apoio psicológico, com indicações nutricionais, alicerçando-se num cuidado centrado na pessoa.

### **Apêndice III – Planeamento de atividades**

## PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NA UCC

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS, FÍSICOS E TEMPORAIS	INDICADORES
<b>B – Domínio da melhoria da qualidade</b> B.1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B.3 – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro. <b>D-Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D.1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D.2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. <b>Competências Específicas do Enfermeiro</b>	I. Compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC de Palmela	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação do espaço físico e dos recursos materiais e humanos disponíveis na UCC;</li> <li>Descrição da estrutura organizacional da equipa;</li> <li>Colaboração interprofissional com todos os elementos que formam a UCC;</li> <li>Explicação da forma como a UCC se articula com outras unidades e como mobiliza os recursos da comunidade;</li> <li>Explicação de protocolos e normas de atuação da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;</li> <li>Participação nas reuniões de equipa.</li> </ul>	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EEER da UCC;</li> <li>Outros profissionais da UCC;</li> <li>Doentes e famílias</li> </ul> <b>Materiais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regulamento de Competências do Enfermeiros Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>Código Deontológico dos enfermeiros</li> <li>Procedimentos existentes na UCC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ter demonstrado conhecimento sobre a dinâmica e estrutura organizacional da equipa, assim como sobre a forma como esta se articula com outras unidades.</li> <li>Ter consultado protocolos e normas de atuação da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;</li> <li>Ter estabelecido uma relação interprofissional de colaboração com todos os elementos que formam a UCC;</li> <li>Ter conhecimento sobre a estrutura física, os recursos materiais, e humanos disponíveis na UCC;</li> <li>Ter participado nas reuniões de equipa;</li> </ul>



<p><b>Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b></p> <p><b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de optimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da</p>			<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estrutura física da UCC;</li> <li>Domicílio dos utentes.</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (apêndice III)</p>	<p><b>Critérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuíram para a compreensão gradual e progressiva da dinâmica organizacional e funcional da UCC?</li> <li>De que forma a participação nas reuniões da equipa contribuíram para a reflexão sobre a prática e a tomada de decisão?</li> </ul>
---	--	--	--	--

<p>eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J3-</b> Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-</p>				
--	--	--	--	--

respiratório em função dos resultados esperados.				
<p><b>B – Domínio da melhoria da qualidade</b>  B.2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.  B.3 – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.  <b>D-Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  D.1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;  D.2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.  <b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b>  <b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de</p>	<p>II. Aplicar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/comunidade, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização de escalas para avaliação de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, neurológico e respiratório;</li> <li>Exercitação da avaliação sensoriomotora, a pelo menos 1 doente;</li> <li>Planeamento, execução e instrução de técnicas relacionadas com a área sensoriomotora, a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>Realização de avaliação respiratória, a pelo menos 1 doente;</li> <li>Execução de técnicas de RFR a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>Planeamento, execução e instrução de intervenções na área da alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente;</li> <li>Aplicação cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto de domicílio;</li> <li>Realização de reflexão crítica ao longo do período de ensino</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EEER da UCC;</li> <li>Outros profissionais da UCC;</li> <li>Doentes/família/cuidadores/comunidade.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Computador com ligação à internet;</li> <li>Escalas de avaliação da funcionalidade utilizadas na UCC;</li> <li>Escalas de avaliação da funcionalidade validadas para Portugal</li> <li>Bibliografia sobre técnicas de RFR e mobilização sensório-motora e disfagia</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ter mobilizado escalas para avaliação de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, neurológico e respiratório;</li> <li>Ter realizado pelo menos uma avaliação sensório-motora;</li> <li>Ter traçado, aplicado e ilustrado técnicas relacionadas com a área sensório-motora, a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>Ter realizado pelo menos uma de avaliação respiratória;</li> <li>Ter traçado, aplicado e ilustrado, de RFR a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>Ter traçado, aplicado e ilustrado na área da alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente;</li> </ul>

<p>cuidados.</p> <p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da</p>		<p>clínico, com elaboração de pelo menos 2 jornais de aprendizagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física da UCC;</li> <li>• Domicílio do utente;</li> <li>• Domicílio próprio;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (apêndice III)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter aplicado cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto de domicilio;</li> <li>• Ter elaborado pelo menos 2 jornais de aprendizagem.</li> </ul> <p><b>Critérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuíram para a adquirir as competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermagem de reabilitação, planeadas?</li> <li>• De que forma é que as intervenções de ER planeadas estão a permitir maximização a funcionalidade e as capacidades da pessoa/família/cuidador?</li> </ul>
--	--	---	---	---

<p>actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>				
<p><b>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p>	<p>III. Analisar os conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, na pessoa em</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação das lacunas pessoais de conhecimento nesta área temática;</li> <li>• Investigação baseada na melhor evidência científica e as normas de orientação clínica recentes na temática da cessação tabágica;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EEER da UCC;</li> <li>• Professor orientador do projeto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter analisado bibliografia pertinente sobre o tema respeitando o rigor científico;</li> <li>• Ter investigado na base de dados EBSCOhost;</li> </ul>

<p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p>D 2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p><b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b></p> <p><b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição.</p>	<p>processo de transição de fumador para ex-fumador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da atuação da equipa da UCC, face à temática do tabagismo;</li> <li>• Experimentar o maior número possível de oportunidades de aprendizagem que surgirem no contexto da prática;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outros profissionais da UCC.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador e acesso à internet;</li> <li>• Livros sobre a temática.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física da UCC;</li> <li>• Domicílio do utente;</li> <li>• Domicílio próprio;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (apêndice III)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter investigado normas, protocolos e programas de cessação tabágica;</li> <li>• Ter examinado a atuação da equipa da UCC, face à temática do tabagismo;</li> <li>• Ter experimentado abordagens diferentes da te;</li> <li>• Ter bibliografia atualizada, na elaboração do relatório de estágio.</li> </ul> <p><b>CrITÉrios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuíram para aprofundar os conhecimentos técnico-científicos na área da cessação tabágica?</li> <li>• De que modo estas atividades foram importantes para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador?</li> </ul>
---	---	---	--	--

<p>saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de optimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>				
--	--	--	--	--

<p><b>J3-</b> Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>				
<p><b>B-Domínio da melhoria da qualidade</b> B.3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade D 2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p><b>Competências Específicas do Enfermeiro</b></p>	<p>IV. Valorizar o autocuidado e os estilos de vida saudável, na pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação dos conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem, na prestação de cuidados de EEER à pessoa em processo de cessação tabágica;</li> <li>• Desenvolver um ambiente terapêutico seguro, respeitando a pessoa em todas as suas componentes;</li> <li>• Ensino, promoção e incentivo na utilização de atividade física e/ou exercícios respiratórios como coadjuvante de um processo de cessação tabágica;</li> <li>• Realização de folheto dirigido aos utentes sobre atividade física e exercícios respiratórios,</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EEER da UCC;</li> <li>• Professor orientador do projeto;</li> <li>• Outros profissionais da UCC.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador e acesso à internet;</li> <li>• Livros sobre a temática.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física da UCC,</li> <li>• Domicílio do utente,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado os conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem na prestação de cuidados de EEER à pessoa em processo de cessação tabágica;</li> <li>• Ter desenvolvido um ambiente terapêutico seguro;</li> <li>• Ter indicado a utilização de atividade física e/ou exercícios respiratórios como coadjuvante de um processo de cessação tabágica;</li> <li>• Ter realizado um folheto dirigido aos utentes</li> </ul>



<p><b>Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b></p> <p><b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de optimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da</p>		<p>em contexto de desabituação tabágica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domicilio próprio;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (apêndice III)</p>	<p>sobre atividade física e exercícios respiratórios, em contexto de desabituação tabágica;</p> <p><b>Crítérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades e estratégias implementadas e desenvolvidas durante o estágio contribuíram para o desenvolvimento das intervenções específicas do EEER na reeducação da pessoa em processo de cessação tabágica?</li> <li>• De que modo transparece através das atividades/estratégias desenvolvidas a importância de atingir o objetivo?</li> <li>• De que modo foram desenvolvidas intervenções específicas do EEER na reeducação da pessoa em processo de cessação tabágica?</li> <li>• Realização do folheto.</li> </ul>
---	--	--	---	---

<p>eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J3-</b> Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-</p>				
--	--	--	--	--

respiratório em função dos resultados esperados.				
--	--	--	--	--

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

DOMINIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVO ESPECIFICO	ATIVIDADES	RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS, FISICOS E TEMPORAIS	INDICADORES
----------------------------	---------------------	------------	--	-------------

<p><b>B – Domínio da melhoria da qualidade</b>  B.2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.  B.3 – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D-Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  D.1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;  D.2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p><b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b>  <b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>V. Compreender a dinâmica organizacional e funcional do Serviço de Medicina Interna do Hospital de S. Bernardo em Setúbal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do espaço físico e dos recursos materiais e humanos disponíveis no SM;</li> <li>• Descrição da estrutura organizacional da equipa;</li> <li>• Colaboração interprofissional com todos os elementos que formam o SM;</li> <li>• Descrição da forma como o SM se articula com outras unidades e como mobiliza os recursos da comunidade;</li> <li>• Explicação de protocolos e normas de atuação da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Participação nas reuniões de equipa.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EEER do Serviço de Medicina;</li> <li>• Outros profissionais do mesmo serviço</li> <li>• Doentes e familiares.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulamento de Competências do Enfermeiros Especialista e do Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</li> <li>• Código Deontológico dos enfermeiros;</li> <li>• Procedimentos setoriais do Serviço de Medicina</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física do Serviço de Medicina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter demonstrado conhecimento sobre a dinâmica e estrutura organizacional da equipa, assim como sobre a forma como esta se articula com outras unidades.</li> <li>• Ter consultado protocolos e normas de atuação da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Ter estabelecido uma relação interprofissional de colaboração com todos os elementos que formam o SM;</li> <li>• Ter conhecimento sobre a estrutura física, os recursos materiais, e humanos disponíveis no SM;</li> <li>• Ter participado nas reuniões de equipa;</li> </ul> <p><b>Critérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuíram para a integração gradual e progressiva na equipa multidisciplinar do local de estágio conhecendo a dinâmica e</li> </ul>
---	--	--	---	--

<p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da</p>			<p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (anexo III)</p>	<p>funcionamento do mesmo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De que forma a participação nas reuniões da equipa contribuíram para a reflexão sobre a prática e a tomada de decisão?</li> </ul>
--	--	--	---	---

<p>participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>				
<p><b>B – Domínio da melhoria da qualidade</b></p> <p>B.2 – Concebe, gere e colabora em programas</p>	<p>VI. Aplicar cuidados especializados de enfermagem de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização de escalas para avaliação de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, neurológico e respiratório;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EEER da SM;</li> <li>Outros profissionais do SM;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ter mobilizado escalas para avaliação de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial,</li> </ul>

<p>de melhoria contínua da qualidade. B.3 – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D-Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D.1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D.2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p><b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b></p> <p><b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam</p>	<p>reabilitação à pessoa/ família/ comunidade, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de avaliação sensoriomotora, a pelo menos 1 doente;</li> <li>• Planeamento, execução de técnicas relacionadas com a área sensoriomotora, a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>• Realização de avaliação respiratória, a pelo menos 1 doente;</li> <li>• Planeamento, execução e monitorização de técnicas de RFR a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>• Planeamento, execução e monitorização de intervenções na área da alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente;</li> <li>• Aplicação de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto de domicílio;</li> <li>• Realização de reflexão crítica ao longo do período de ensino clínico, com elaboração de pelo menos 2 jornais de aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doentes/família/ cuidadores.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador com ligação à internet;</li> <li>• Escalas de avaliação da funcionalidade utilizadas no SM;</li> <li>• Escalas de avaliação da funcionalidade validadas para Portugal</li> <li>• Bibliografia sobre técnicas de RFR e mobilização sensório-motora e disfagia</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física do SM;</li> <li>• Domicílio próprio;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (apêndice III)</p>	<p>cognitivo, neurológico e respiratório;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado pelo menos uma avaliação sensório-motora;</li> <li>• Ter traçado, aplicado e ilustrado técnicas relacionadas com a área sensório-motora, a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>• Ter realizado pelo menos uma de avaliação respiratória;</li> <li>• Ter traçado, aplicado e ilustrado, de RFR a pelo menos 1 doente, se possível ao doente avaliado;</li> <li>• Ter traçado, aplicado e ilustrado na área da alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente;</li> <li>• Ter aplicado cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto de domicílio;</li> <li>• Ter elaborado pelo menos 2 jornais de aprendizagem.</li> </ul>
--	--	---	---	--

<p>limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p>				<p><b>Critérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuirão para a adquirir as competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermagem de reabilitação, planeadas?</li> <li>• De que forma é que as intervenções de ER planeadas estão a permitir maximização a funcionalidade e as capacidades da pessoa/família/cuidador?</li> </ul>
---	--	--	--	---



<p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>				
<p><b>B-Domínio da melhoria da qualidade</b></p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade;</p>	<p>VII. Analisar os conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, na</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das lacunas pessoais de conhecimento nesta área temática;</li> <li>• Realização de Investigação recorrendo à melhor evidência científica e às normas de orientação clínica recentes na temática da cessação tabágica;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EEER do Serviço de Medicina;</li> <li>• Professor orientador do projeto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter analisado bibliografia pertinente sobre o tema respeitando o rigor científico;</li> <li>• Ter investigado na base de dados EBSCOhost;</li> </ul>

<p>B.3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p>D 2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p><b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b></p> <p><b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p>	<p>pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da atuação da equipa da UCC, face à temática do tabagismo;</li> <li>• Experimentação do maior número possível de oportunidades de aprendizagem que surgirem no contexto da prática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outros profissionais do Serviço de Medicina.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador e acesso à internet;</li> <li>• Livros.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física do Serviço de Medicina;</li> <li>• Domicílio próprio.</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> Ver cronograma (apêndice III)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter investigado normas, protocolos e programas de cessação tabágica;</li> <li>• Ter examinado a atuação da equipa da UCC, face à temática do tabagismo;</li> <li>• Ter experimentado abordagens diferentes da te;</li> <li>• Ter bibliografia atualizada, na elaboração do relatório de estágio.</li> </ul> <p><b>Crítérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuíram para aprofundar os conhecimentos técnico-científicos na área da cessação tabágica?</li> <li>• De que modo estas atividades foram importantes para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em processo de transição de fumador para ex-fumador?</li> </ul>
--	---	--	---	--

<p>J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's</p>				
---	--	--	--	--

<p>visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J3-</b> Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>				
<p><b>B-Dominio da melhoria da qualidade</b></p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade;</p> <p>B.3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p>VIII. Valorizar o autocuidado e os estilos de vida saudáveis, na pessoa em processo de transição de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização dos conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem, na prestação de cuidados de EEER à pessoa em processo de cessação tabágica;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EEER do Serviço de Medicina;</li> <li>professor orientador do projeto;</li> <li>outros profissionais do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ter realizado os conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem na prestação de cuidados de EEER à pessoa em processo de cessação tabágica;</li> </ul>

<p><b>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade  D 2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento  <b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b>  <b>J1-</b> Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.  J1.1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.  J1.2-Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades</p>	<p>fumador para ex-fumador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de um ambiente terapêutico seguro, respeitando a pessoa em todas as suas componentes;</li> <li>• Instrução sobre a utilização de atividade física e/ou exercícios respiratórios como coadjuvante de um processo de cessação tabágica;</li> <li>• Realização de reflexão crítica recorrendo ao modelo teórico de Meleis para identificar fatores que possam dificultar e facilitar a abstinência tabágica, em pelo menos um caso.</li> </ul>	<p>Serviço de Medicina.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador e acesso à internet;</li> <li>• Livros.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física do Serviço de Medicina;</li> <li>• Casa Própria.</li> </ul> <p><b>Temporais:</b>  Ver cronograma (anexo III)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter desenvolvido um ambiente terapêutico seguro;</li> <li>• Ter indicado a utilização de atividade física e/ou exercícios respiratórios como coadjuvante de um processo de cessação tabágica;</li> <li>• Ter realizado um folheto dirigido aos utentes sobre atividade física e exercícios respiratórios, em contexto de desabituação tabágica;</li> <li>• Ter realizado reflexão crítica recorrendo ao modelo teórico de Meleis para identificar fatores que possam dificultar e facilitar a abstinência tabágica, em pelo menos um caso.</li> </ul> <p><b>Crítérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo transparece através das atividades/estratégias desenvolvidas a importância de atingir o objetivo?</li> <li>• Realização de reflexão crítica recorrendo ao modelo teórico de Meleis para identificar fatores que possam dificultar e</li> </ul>
---	---------------------------------	--	---	--

<p>adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição. saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3-Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de optimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 -Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2-</b> Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J2.1-Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da</p>				<p>facilitar a abstinência tabágica, em pelo menos um caso.</p>
--	--	--	--	---

<p>autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J3-</b> Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-</p> <p>J3.1-Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2-Avalia e reformula programas de treino motor e cardio- respiratório em função dos resultados esperados.</p>				
--	--	--	--	--

## **Apêndice IV – Cronograma**



## CRONOGRAMA

	ANO	2018											2019							
	MESES	SETEMBRO	OUTUBRO				NOVEMBRO			DEZEMBRO		JANEIRO			FEV					
	LOCAIS	UCC									Serviço de Medicina Interna									
	SEMANAS	24	29	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10		7	14	21	28	4
Objetivos Específicos	1														Pausa letiva					
	2																			
	3																			
	4																			
	5																			
	6																			
	7																			
	8																			

## **Apêndice V – Estudo de caso I**



## **Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico**

Cerca de 5 a 10% dos acidentes vasculares cerebrais são originados por hemorragias nas porções profundas do cérebro. O doente é normalmente hipertenso, mal controlado. Este fator de risco gera uma forma particular de degeneração denominada de lipohialinose nas pequenas artérias penetrantes do cérebro. As paredes arteriais ficam mais frágeis e como consequência surgem pequenas hérnias ou microaneurismas. Os microaneurismas podem-se romper e o hematoma resultante pode estender-se por separação de planos na substância branca podendo formar uma lesão massiva. Os hematomas ocorrem normalmente nas zonas profundas do cérebro e afetam o pequeno tálamo, núcleo lenticular e cápsula externa e com menos frequência o cerebelo e a protuberância. “Tudo sobre AVC” (2010)

No Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, pode acontecer derramamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral) ou para o exterior do cérebro, acumulando-se o sangue entre o cérebro e a aracnóide, originando numa hemorragia sub-aracnóideia.

Quando ocorre um acidente vascular cerebral hemorrágico, o sangue extravasado vai preencher uma zona do cérebro, empurrando-o e comprimindo as suas estruturas. Isto ocorre dentro do crânio, que é formado pela calote craniana, pouco flexível. Estes dois factos conjugados, provocam um aumento do volume e da pressão intracraniana. Provocando dificuldade na chegada do sangue ao resto do cérebro, ainda sem lesão, o que piora a lesão.

O tecido nervoso depende completamente do aporte sanguíneo, para que as células nervosas se mantenham ativas, pois não possui reservas. A cessação da irrigação sanguínea e a resultante falta de glicose e oxigénio indispensáveis ao metabolismo, provocam uma diminuição ou paragem da atividade funcional na área do cérebro afetada.

Os primeiros sintomas passam normalmente por cefaleia intensa, vômitos e em redor dos 50% dos casos, perda do conhecimento. “Tudo sobre AVC” (2010)

O tálamo é constituído por duas massas de substância cinzenta, dispostas de cada lado, na porção látero-dorsal do diencefalo, acima do sulco hipotalâmico.

Estas duas grandes massas de tecido nervoso, possuem um formato ovoide e são unidas pela aderência intertalâmica.

O tálamo é uma estrutura localizada no diencéfalo, entre o córtex cerebral e o mesencéfalo, constituído principalmente por substância cinzenta (núcleos de neurônios). É composto por duas massas neuronais situadas na profundidade dos hemisférios cerebrais. “Wikipédia” (2018)

O tálamo reorganiza os estímulos sensoriais (com exceção dos olfatórios) e os decodifica, enviando-os posteriormente para as devidas áreas corticais a fim de serem interpretados, deve-se ao tálamo a triagem diligente de muitos dos estímulos sensoriais, selecionando quais devem seguir para o córtex e quais poderão ser esquecidos.

O tálamo ocupa um lugar ainda mais importante, quando os estímulos são sensibilidade superficial como a dor, o tato ou as alterações de temperatura, pois a sua interpretação ocorre nesta estrutura.

As outras funções mais conhecidas do tálamo relacionam-se com a motricidade, regulação do sono e da vigília e controlo emocional.

O AVC das artérias que irrigam o tálamo, com necrose por isquemia (morte celular) extensa nesse órgão, leva à perda de sensibilidade completa ou quase completa em todo o hemicorpo oposto. Por exemplo: se o tálamo esquerdo é afetado, há perda de sensibilidade no hemicorpo direito, da base do crânio à extremidade distal do membro inferior. Poderá esta perda de sensibilidade encontrar-se associada a défices motores. “Wikipédia” (2018)

Outro sintoma frequente como consequência de afeções do tálamo é a dor talâmica. Esta síndrome pode ocorrer quando um paciente recupera de um AVC, mesmo que pouco extenso. Existe sensação de dor, por vezes forte, do hemicorpo contra lateral sem que haja qualquer lesão que a justifique. “Essa dor será devida à disfunção das vias da dor, que passam no tálamo, e não a lesões periféricas, ainda que o doente a localize à periferia”. “Wikipédia” (2018)

O tratamento do AVC hemorrágico é constituído principalmente pelo controlo da pressão arterial, nomeadamente com fármacos propostos como o Labetolol, o Dinitrato de Isossorbido e a Hidralazina. A redução da pressão arterial pode ser

realizada de forma mais agressiva ou mais moderada consoante a evidência de elevação da PIC (pressão intracraniana). (D.G.S,2010:14)

Associado ao controlo tensional na fase aguda do AVC, a intervenção reside na manutenção dos sinais vitais, “avaliação do estado de consciência, orientação, défices motores e sensitivos, amplitude dos movimentos dos membros, tónus muscular, postura corporal e posição da cabeça, reação pupilar à luz, movimentos oculares e linguagem”. (D.G.S, 2010:97)

O tratamento agudo passa ainda por, posicionar o doente com cabeceira elevada a 30º de forma a prevenir o aumento da pressão intracraniana e manutenção da permeabilidade das vias aéreas para uma adequada ventilação. (D.G.S, 2010:97)

Outro aspeto a considerar no tratamento do AVC hemorrágico na fase aguda, é a manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico através da avaliação do estado de hidratação do doente. (D.G.S,2010:98)

Embora no AVC os sintomas neurológicos sejam proeminentes, a morte deve-se, muitas vezes, a complicações médicas (pneumonias de aspiração, infeção urinária, trombose venosa profunda e embolia pulmonar), sendo a intervenção do enfermeiro fundamental na deteção precoce e prevenção destas complicações. (D.G.S, 210:97)

Logo que a estabilidade hemodinâmica e neurológica o possibilitem o doente deve iniciar processo de reabilitação das limitações instaladas, quer estas sejam de teor motor, sensorial ou cognitivo, cabem ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação orientar este processo.

Classificação de AVC. <http://todosobreavc.blogspot.com/p/tipos-de-avc.html>,  
acedido a 27/10/2018

Direcção-Geral da Saúde (2010). *ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel

Herrero, M., Barcia, C., & Navarro, J. (2002). Functional anatomy of thalamus and basal ganglia Child's Nervous System, 18 (8), 386-404 DOI: 10.1007/s00381-002-0604-1. <http://cog-psi.blogspot.com/2011/04/o-talamo-esse-desconhecido.html>,  
acedido a 27/10/2018

Tálamo (anatomia). [https://pt.wikipedia.org/wiki/T%C3%A1lamo\\_\(anatomia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/T%C3%A1lamo_(anatomia)),  
acedido a 23/11/2018

# 1. COLHEITA DE DADOS

## DADOS PESSOAIS:

Nome: C.S.

Idade: 75 anos

Sexo: masculino

Etnia: caucasiano

Nacionalidade: português

Profissão: reformado, executava alguns trabalhos agrícolas.

Residência: Aqualva de Cima

Religião: utente católico não praticante

Habilitações literárias: 4º ano de escolaridade

Estado civil: casado,

Descendência: uma filha e um filho adultos

Coabitação: encontrava-se separado da esposa, mas dada a situação atual do senhor, a esposa regressou para o domicílio, apoiando-o durante a noite. Pouco recetiva a capacitação.

Condições habitacionais e sociofamiliares: vive em casa térrea; no interior da habitação não existem degraus, observando-se uma ligeira rampa metálica para entrar em casa, já realizada anteriormente. A casa possui água canalizada, luz e saneamento básico. Possui casa de banho com base de duche, com debrum elevado. O quarto é grande, possibilitando a existência de duas camas e boa mobilidade da cadeira de rodas. A cama do utente fica junto a uma parede. As portas permitem a passagem da cadeira de rodas. Para aquecimento da habitação utiliza salamandra. A casa encontra-se num local isolado é rodeada de terra, possuindo apenas um pequeno acesso à porta da habitação cimentado. Estrada de acesso à casa em terra batida. Os filhos habitam perto do pai, todos em casa térrea.

Cuidadores: esposa, filha e cuidadora particular que alterou durante o acompanhamento deste estágio. A filha é doente psiquiátrica, com 3 filhos

menores. Não demonstrou nas primeiras visitas competências para auxiliar/substituir o pai nas AVDs. O filho não conseguiu conhecer.

**Condição económica:** reforma mínima de trabalhador rural

## **ANTECEDENTES DE SAÚDE:**

**Alergias medicamentosas:** desconhece

**Antecedentes pessoais:** AVC isquémico em 2013 (com boa recuperação, doente ficou autónomo para todas as AVDs); H.T.A medicada, não vigiada; Doença Renal Crónica não vigiada; Stress Pós-traumático de Guerra; diminuição da acuidade visual (utiliza óculos). Nega: doença cardíaca, diabetes mellitus e doença respiratória anterior ao segundo AVC. Era seguido pelo médico de família em consultas esporádicas.

**Faci:** na primeira visita o utente apresentava um faci de tristeza com estreitamento da abertura ocular; aproximação das sobrancelhas; descida dos cantos dos lábios mais acentuado à direita devido a paresia central da hemiface à esquerda; mento elevado; elevação das sobrancelhas na região mediana; estiramento lateral da boca mais acentuado à direita. Nas visitas seguintes apresentava à nossa chegada e durante a realização dos exercícios motores e cognitivos, faci de felicidade, com estreitamento das pálpebras; elevação da região supra-exterior das bochechas e enrugamento das mesmas; enrugamento dos cantos externos dos olhos; elevação oblíqua dos cantos dos lábios mais acentuada à direita.

**HISTORIA DE DOENÇA ATUAL** (colhida por observação direta, entrevista ao utente e familiares e acesso ao processo clínico):

Utente de 75 anos de idade, com o diagnóstico de AVC hemorrágico em 23/03/2017, da região do tálamo à direita com sequelas de hemiplegia à esquerda e desvio da comissura labial para a direita.

Admitido no SU a 23/03/2017 de manhã, após instalação súbita de parestesias à esquerda, que evoluiu para hemiparesia esquerda. Durante o transporte para o hospital registou-se um episódio de incontinência de esfíncter urinário.



À admissão apresentava hemiparesia esquerda, grau 1/5 espástica, heminegligência esquerda, hemianestesia esquerda, paresia facial esquerda de tipo central.

Aplicado o NIHSS com um score de 13.

**Angio- TC CE (23/03/2017)** – hematoma agudo lenticulo-capsulo-caudado e talâmico direito, com efeito de massa local e discreto desvio da linha média; verificava-se extravasão hemorrágica para os ventrículos, sem nítidos sinais de hidrocefalia. Ligeira leucoaraiose difusa de ambas as coroas radiarias e centros semi-ovais. Ateromatose dos grossos troncos arteriais intracranianos, achado frequente neste grupo etário.

**Avaliação analítica (23/03/2017)** – Hb:13.8g/dl; Leu:6000, Neut:78.6%; PCR:0.02; Plaquetas: 212 000; Ureia: 58; Creat:1.07; Ionograma: OK; Provas Hepáticas: OK; INR:1

Internado em SO por AVC Hemorrágico, cumpriu terapêutica com Labetalol e DNI. Por estabilidade hemodinâmica e manter défices focais sem agravamento foi transferido a 26/03/2017 para o internamento do Serviço de Medicina.

No dia da transferência, por apresentar valores tensionais elevados, de difícil controlo, foi transferido para a UCIM, onde permaneceu durante 3 dias, com necessidade de perfusão de DNI.

Em virtude da estabilidade clínica, foi transferido novamente para o Serviço de Medicina a 29/03/2017.

À data da alta (31/03/2017) apresentava-se vígil, orientado, colaborante. Pele e mucosas coradas e hidratadas.

A.C: S1+S2 rítmicos, sopro sistólico grau III/IV audível no foco aórtico

A.P: MV mantido e simétrico, não se auscultaram ruídos adventícios

Abd: Presença de ruídos hidroaéreos (RHA+), mole e depressível, indolor à palpação, sem massas ou organomegalias

MI: sem edemas ou sinais de TVP

**Focos de enfermagem identificados a quando da alta hospitalar:**

Alimentar-se dependente, em grau elevado

Auto-cuidado: higiene dependente, em grau elevado

Auto-cuidado: Uso do Sanitário dependente, em grau elevado

Desidratação: risco de desidratação

Dor em grau reduzido

Posicionar-se dependente, em grau elevado

Esteve durante um mês internado em Unidade de Convalescença inserida na Rede de Cuidados Continuados Integrados, para reabilitação, com pouco benefício, segundo a família e o próprio. Após a alta desta Unidade, esteve institucionalizado num Lar para idosos, privado, tendo a família acabado por retirar o senhor deste local por aparente insuficiência de cuidados.

### **MEDICAÇÃO ATUAL:**

Furosemida 40mg – 1x dia

Adalat 60 mg 1xdia

Pantoprazol 20 mg 1x dia

Sinvastatina 20mg 1x dia

Gabapentina 100mg – 2 cap 1xdia

Gabapentina 300mg – 2x dia

Sertralina 100mg 2x dia

Tramadol+Paracetamol 2xdia

## **2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

**Avaliação inicial realizada a 16/10/2018**

### **❖ Exame físico sumário**

Utente encontra-se vígil, orientado. Bom estado geral e nutricional, pele e mucosas coradas e hidratadas. Não se observam soluções de continuidade atualmente. Apresenta ligeira paresia central à esquerda com desvio da comissura labial para a direita. Segundo relatos do utente e família, em algumas ocasiões registaram-se a ocorrência de perda de alimento pela região anterior

da boca e tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes após a deglutição. Não se observa perda de saliva. Regista-se falta de diversas peças dentárias. Não utiliza prótese. Discurso ligeiramente lentificado. Regista-se incontinência funcional para a eliminação vesical e para a eliminação intestinal (o doente avisa quando já defecou). Rotina intestinal mantida de 1 vez por dia. Sem queixas urinárias. Refere diminuição da acuidade visual anterior ao AVC. Nega alterações do sono, no entanto, a esposa refere desorientação em duas noites isoladas, antes de ser acompanhado pela equipa da UCC, não se registando mais ocorrência dessa natureza. Não se assinalaram alterações na memória declarativa e na não declarativa. Mantem boa coordenação motora do hemicorpo menos lesado, avaliada pelo teste dedo-nariz e calcanhar joelho. No hemicorpo esquerdo não foi possível avaliar.

### ❖ Avaliação Respiratória

**Inspeção estática:** pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta cifose moderada, que segundo o utente e família é anterior ao AVC. Observa-se desvio torácico para o hemicorpo esquerdo com elevação e rotação interna do ombro direito.

**Inspeção dinâmica:** utente eupneico, com ritmo normal, com padrão respiratório de predomínio costal, superficial e simétrico.

**Frequência respiratória:** 18 ciclos/min

**Palpação:** não se palpa desvio da traqueia. Apresenta pouca expansividade, em todos os campos pulmonares em respiração corrente. Mantem Frémito Toraco-Vocal bilateral em todos os campos pulmonares

**Auscultação pulmonar:** apresenta murmúrio vesical bilateral audível em todos os campos pulmonares.

**Tosse:** apresenta reflexo da tosse eficaz para realização de limpeza das vias aéreas.

Não apresenta hipocratismo digital, ou sinais de cianose. Também não se observou presença de expetoração.

❖ Avaliação Neurológica realizada a 16/10/2018

Escala de Glasgow		
		Pontuação
Abertura dos olhos	4 – Espontaneamente 3 – Por ordem 2 – À dor 1 - Nula	4
Resposta verbal	5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Inapropriada 2 – Incompreensível 1 - Nula	5
Resposta motora	6 – Obedece a ordens 5 – Localiza a dor 4 – Foge da dor 3 – Flexão à dor 2 – Extensão à dor 1 - Nula	6
	Total	15

Foi aplicada escala de Glasgow por o utente não apresentar limitações assinaláveis que impossibilitassem a sua utilização correta. O utente encontra-se vígil, consciente, orientado no tempo, no espaço e na pessoa. Mantendo comportamentos mínimos mantidos.

Pares Cranianos	Avaliação
I - Olfativo	Não se identificou alterações olfativas ( teste realizado com alho e limão)
II - Ótico	Alterações anteriores ao AVC. Utiliza óculos que atualmente se encontram danificados ( não foi possível perceber qual a alteração ocular diagnosticada, por aparentemente os óculos terem sido prescritos pelo médico particular)
III – Oculo Motor IV- Patético VI – Motor Ocular Externo	Segue um objeto em todos os campos visuais a diversas distâncias
V - Trigémio	Apresenta motricidade da mandíbula comprometida por desvio da comissura labial. Mantem sensibilidade da face.
VII - Facial	Motricidade da face comprometida com repuxamento para o lado direito, sem apagamento do sulco nasogeniano. Sem estase salivar. A família e o utente refere diminuição do paladar para salgado e azedo e manutenção para doce
VIII - Vestíbulo - Coclear	Não identificadas alterações na acuidade auditiva (testado através de oscilações na fala). Por inexistência de diapásão não foi realizado testes de Rinne e Weber)
IX - Glossofaríngeo X - Vago	Deglutição comprometida com perda de alimentos pela boca principalmente para líquidos A família e o utente refere diminuição do paladar para salgado e azedo e

	manutenção para doce. Sem alterações no tom de voz. Mantem reflexo da tosse eficaz
XI - Espinhal	Sem alterações na motricidade do pescoço
XII - Hipoglosso	Dificuldade na mobilidade da língua

Força Muscular segundo a Escala de Lower			
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerda	5/5	
	Flexão lateral direita	5/5	
	Rotação	4/5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Abdução	4/5	0/5
	Rotação Interna	4/5	0/5
	Rotação Externa	4/5	0/5
Cotovelo	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
Antebraço	Pronação	4/5	0/5
	Supinação	4/5	0/5
Punho	Flexão plantar	4/5	0/5
	Dorsi flexão	4/5	0/5
	Desvio cubital	4/5	0/5
	Desvio Radial	4/5	0/5
	Circundação	4/5	0/5
Dedos	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Abdução	4/5	0/5
	Circundação	4/5	0/5
	Oponência do Polgar	4/5	0/5
Membro Inferior			
Coxo femoral	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5

	Abdução	4/5	0/5
	Rotação Interna	4/5	0/5
	Rotação Externa	4/5	0/5
Joelho	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
Tibiotársica	Flexão plantar	4/5	0/5
	Flexão dorsal	4/5	0/5
	Inversão	4/5	0/5
	Eversão	4/5	0/5
Dedos	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Abdução	4/5	0/5

O utente apresenta força contra a gravidade e com alguma resistência na cabeça e no hemicorpo direito. No hemicorpo esquerdo não se observa ou palpa contração muscular nos vários movimentos avaliados em cada segmento. Aplicada escala de Lower por ser a utilizada na UCC.

Escala Modificada de Ashworth			
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerda	0	
	Flexão lateral direita	0	
	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	0	3
	Extensão	0	3
	Adução	0	3
	Abdução	0	3
	Rotação interna	0	3
	Rotação externa	0	3
Cotovelo	Flexão	0	3
	Extensão	0	3
Antebraço	Pronação	0	3
	Supinação	0	3
Punho	Flexão plantar	0	3
	Dorsi flexão	0	3
	Desvio cubital	0	3

	Desvio radial	0	3
	Circundação	0	3
Dedos	Flexão	0	3
	Extensão	0	4
	Adução	0	3
	Abdução	0	3
	Circundação	0	3
	Oponência do Polegar	0	4
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	0	3
	Extensão	0	3
	Adução	0	3
	Abdução	0	4
	Rotação Interna	0	3
	Rotação Externa	0	3
Joelho	Flexão	0	3
	Extensão	0	3
Tibiotársica	Flexão plantar	0	3
	Flexão dorsal	0	4
	Inversão	0	4
	Eversão	0	3
Dedos	Flexão	0	3
	Extensão	0	4
	Adução	0	3
	Abdução	0	3

O utente apresenta tónus muscular adequado à idade na região cervical e no hemicorpo direito. No hemicorpo esquerdo apresenta aumento do tónus muscular nos vários movimentos avaliados em cada segmento, mais acentuado nas regiões distais do membro superior e inferior, não tem medicação antispástica prescrita.

Amplitudes articulares		
Articulação	Hemicorpo direito	Hemicorpo esquerdo
Ombro	Sem limitação na amplitude	Sem limitação na amplitude

Cotovelo	Sem limitação na amplitude	Sem limitação na amplitude
Antebraço	Sem limitação na amplitude	Sem limitação na amplitude
Punho	Sem limitação da amplitude	Sem limitação na amplitude
Coxo-Femural	Sem limitação da amplitude	Limitação na abdução do membro inferior esquerdo a menos de 45°
Joelho	Sem limitação da amplitude	Sem limitação da amplitude
Tíbio-Társica	Sem limitação da amplitude	Sem limitação da amplitude
Coluna Cervical	Sem limitação da amplitude	
Coluna Torácica	Não avaliada por falta de equilíbrio	
Coluna Lombar	Não avaliada por falta de equilíbrio	

Escala de Equilíbrio de Berg	
1. Posição sentada para posição em pé. Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	
	4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
	3. Capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente
	2. Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
	1. Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
X	0. Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se
2. Permanecer em pé sem apoio Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar	
	4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
	3. Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão
	2. Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
	1. Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
X	0. Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.	
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho. Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos	
	4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
X	3. Capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão
	2. Capaz de permanecer sentado por 30 segundos
	1. Capaz de permanecer sentado por 10 segundos
	0. Incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos
4. Posição em pé para posição sentada. Instruções: Por favor, sente-se.	
	4. Senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos
	3. Controla a descida utilizando as mãos
	2. Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida



	1. Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
X	0. Necessita de ajuda para sentar-se
5. Transferências. Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.	
	4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
	3. Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
	2. Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
	1. Necessita de uma pessoa para ajudar
X	0. necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados. Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos	
	4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
	3. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
	2. Capaz de permanecer em pé por 3 segundos
	1. Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
X	0. Necessita de ajuda para não cair
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos. Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	
	4. Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança
	3. Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão
	2. Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos
	1. Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
X	0. Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos
8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé. Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.	
	4. Pode avançar à frente mais que 25cm com segurança
	3. Pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança
	2. Pode avançar à frente mais que 5cm com segurança
	1. Pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
X	0. Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé. Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés	
	4. Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
	3. Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
	2. Incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente
	1. Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando
X	0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé. Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento	
	4. Olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso
	3. Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
	2. Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio

	1. Necessita de supervisão para virar
X	0. Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
11. Girar 360° Instruções: gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário	
	4. Capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos
	3. Capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
	2. Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente
	1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
X	0. Necessita de ajuda enquanto gira
12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio. Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.	
	4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
	3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos
	2. Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
	1. Capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda
X	0. Incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente. Instruções: demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	
	4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
	3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
	2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
	1. Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
X	0. Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé
14. Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.	
	4. Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos
	3. Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos
	2. Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 - 4 segundos
	1. Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
X	0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

TOTAL: 3

O utente com o total apresentado na escala de Berg, indica 100% de risco de queda, comprovado a avaliação objetiva realizada anteriormente.

Avaliação da Sensibilidade			
Sensibilidade superficial	Dolorosa	Hemicorpo esqº	Não reage a estímulos dolorosos (testada por beliscão)
		Hemicorpo dirº	Sem alterações
	Térmica	Hemicorpo esqº	Não reage a estímulos térmicos (testada com

			alternância de tecidos quentes e frios
		Hemicorpo dirº	Sem alterações
	Tátil	Hemicorpo esqº	Não reage a estímulos táteis (testada com a textura da luva e da mão sem luva)
		Hemicorpo dirº	Sem alterações
Sensibilidade Profunda	Postural	Hemicorpo esqº	Sem equilíbrio estático
		Hemicorpo dirº	Sem equilíbrio estático
	Vibratória	Hemicorpo esqº	Não avaliada
		Hemicorpo dirº	Não avaliada
	Pressão	Hemicorpo esqº	Não reage à pressão
		Hemicorpo dirº	Sem alterações

O utente não apresenta sensibilidade superficial ou profunda no hemicorpo esquerdo, não conseguindo identificar o local onde a mão do técnico de saúde se encontra neste hemicorpo.

Na face, apresenta sensibilidade superficial, mantida bilateralmente de forma simétrica.

Índice de Barthel	
Atividades	Pontuação
<b>BANHO</b> 5 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 0 = Dependente ( necessita de algum tipo de ajuda/supervisão)	0
<b>HIGIENE PESSOAL</b> 5 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 0 = Dependente ( necessita de auxilio nos cuidados pessoais)	0
<b>VESTIR/DESPEIR</b> 10 = Independente (inclui fechos, botões e atacadores) 5 = necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho 0 = Dependente ( não faz sozinho)	0
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 10 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 5 = Necessita de uma pequena ajuda para cortar a carne ou barrar o pão, come sozinho 0 = Dependente ( necessita ser alimentado por outra pessoa)	5
<b>INTESTINOS</b> 10 = Continente 5 = Acidentes ocasionais 0 = Incontinente ( necessita de enemas)	0

<b>BEXIGA</b> 10 = Continente 5 = Acidente Ocasional 0 = Incontinente	0
<b>USO DA SANITA</b> 10 = Independente 5 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho 0 = Dependente ( não faz nada sozinho)	0
<b>TRANSFERÊNCIAS</b> 15 = Independente (não necessita de ajuda) 10 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão 5 = Necessita de uma grande ajuda física, apenas consegue sentar-se 0 = Dependente, sem equilíbrio sentado	0
<b>MOBILIZAÇÃO</b> 15 = Independente (pode usar meios auxiliares de marcha, ex: bengala) 10 = Marcha, necessita de uma pequena ajuda física, ou supervisão, por parte de outra pessoa 5 = Independente em cadeira de rodas 0 = Dependente, imóvel	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>

O utente apresenta-se totalmente dependente nas AVDs, exceto na atividade de vida alimentar-se, pois consegue levar o talher à boca de forma autonomia, necessitando, no entanto, de ajuda para cortar os alimentos. Considerei o doente incontinente nos itens bexiga e intestinos, por o utente não ser capaz de avisar antecipadamente a cuidadora da necessidade de urinar ou evacuar e apenas alerta após ter já realizado a dejeção.

Escala de Braden				
<b>Perceção sensorial</b>	1.Completamente limitada	2. Muito limitada	3.Ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação
<b>Humidade</b>	1.Pele constantemente húmida	2.Pele muito húmida	3.Pele ocasionalmente húmida	4.Pele raramente húmida
<b>Atividade</b>	1. Acamado	2.Sentado	3.Andar ocasionalmente	4.Andar frequentemente

<b>Mobilidade</b>	1.Completamente imobilizado	2.Muito limitada	3.Ligeiramente limitado	4.Nenhuma limitação
<b>Nutrição</b>	1.Muito pobre	2.Provavelmente inadequada	3.Adequada	4.Excelente
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	1.Problema	2.Problema potencial	3.Nenhum problema	

O utente foi avaliado com um total de 13 pontos. Segundo a Escala de Braden apresenta risco moderado de ulcera de pressão. Devido à falta de equilíbrio estático sentado e à força diminuída no hemicorpo menos afetado, decidi classificar a fricção e forças de deslizamento como problema.

Escala de Morse	
<b>1.AVALIAÇÃO</b>	<b>Pontuação</b>
0- Não 25 – Sim (O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano)	0
<b>2. DIAGNOSTICO SECUNDÁRIO</b>	15
0 – Não 15 – Sim ( se mais do que um diagnostico no processo clínico)	
<b>3.APOIO PARA DEAMBULAÇÃO</b>	0
0 – Sem ajuda do auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) /CR/ acamado 15 – Com ajuda de auxiliar de marcha 30 – Apoiando-se na mobília	
<b>4.MEDICAÇÃO E/OU HEPARINA INTRAVENOSA</b>	0
0 – Não 20 - Sim	
<b>5.MARCHA</b>	0
0 – Normal/acamado 10 – Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília 20 –Défices de marcha – caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas ( não consegue caminhar sem ajuda)	
<b>6. ESTADO MENTAL</b>	0
0 – Consciente das suas limitações 15 – Não consciente das suas limitações	
<b>Total</b>	<b>15</b>

O utente apresenta um risco baixo de queda, não se tendo registado nenhuma queda nos últimos 12 meses antes da avaliação, mantendo-se devido à sua falta de equilíbrio totalmente dependente da utilização de cadeira de rodas e por se encontrar consciente das suas limitações. Apresenta pontuação de 15 devido a diagnostico prévio de HTA.

Escala de Medida de Independência Funcional	
<b>AUTO-CUIDADOS</b>	
A- Alimentação	3
B – Higiene pessoal	3
C - Banho	3
D – Vestir metade superior	1
E – Vestir metade inferior	1
F – Utilização de sanita	1
<b>CONTROLO DOS ESFINTERES</b>	
G - Bexiga	1
H- Intestinos	1
<b>MOBILIDADE</b>	
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>	
I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1
J - Sanita	1
K – Banheira, Duche	1
<b>LOCOMOÇÃO</b>	
L – Marcha, Cadeira de Rodas	1
M - Escadas	1
<b>SCORE SUB-TOTAL MOTOR</b>	<b>19</b>
<b>COMUNICAÇÃO</b>	
N – Compreensão	7
O - Expressão	5
<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>	
P – Interação social	7
Q – Resolução dos problemas	7
R – Memória	7
<b>SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO</b>	<b>33</b>
<b>TOTAL DO SCORE MOTOR E COGNITIVO</b>	<b>52</b>

O utente encontra-se classificado segundo a MIF como Incapacidade Moderada, sustentada principalmente nas alterações motoras limitativas que apresenta. Na ponderação cognitiva pontua-se com 5 a expressão, pela lentificação do discurso observada.

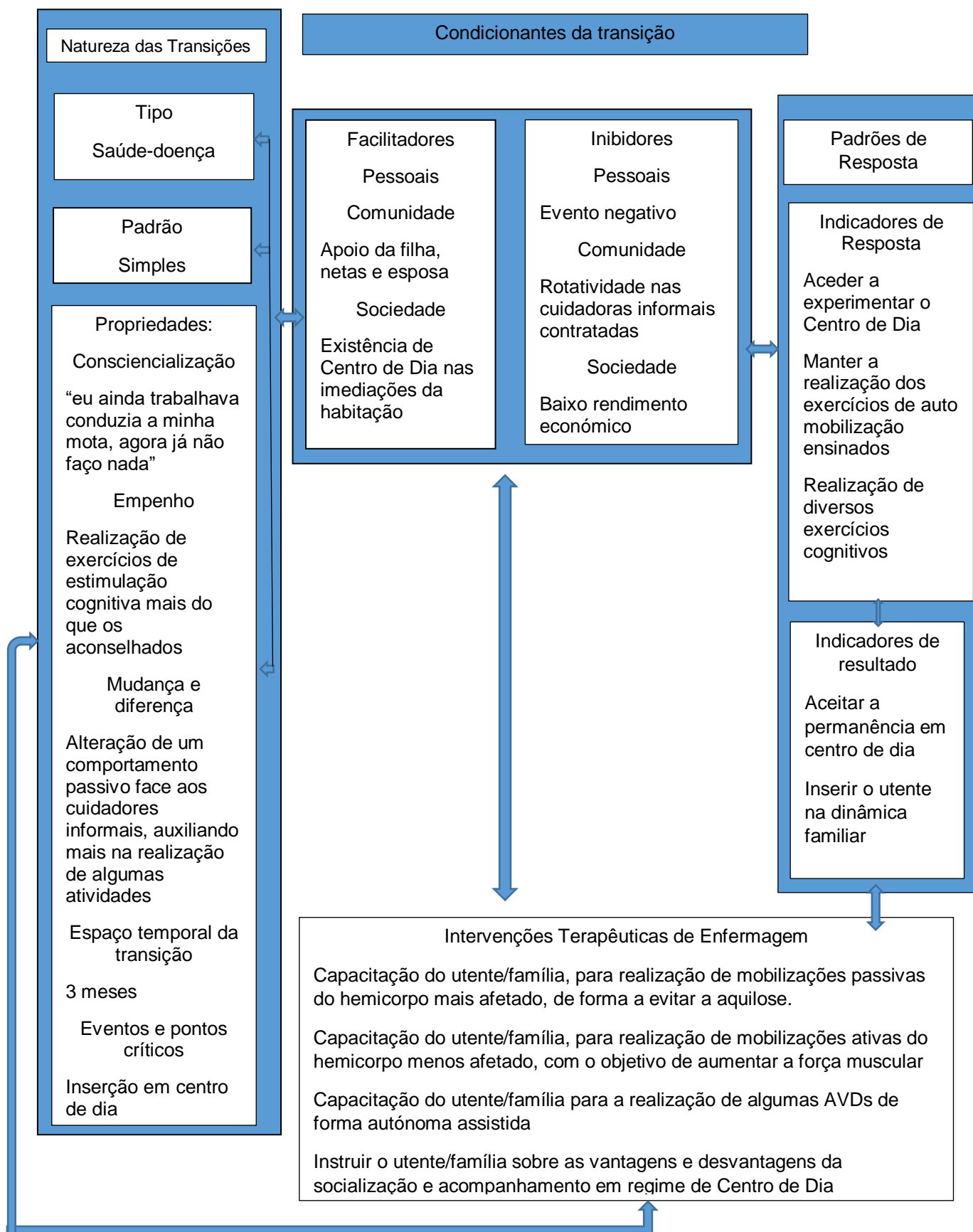
ESCALA NIHSS - Escala do AVC do NIH		24/10/18	
<b>1A. Nível de Consciência</b>			
0 - Vígil, bem desperto e alerta	<b>0</b>		
1 – Sonolento, mas acorda com estímulos mínimos			
2 – Sonolento, requer estímulos repetidos			
3 - Coma			
<b>1B.Perguntar o mês atual e a sua idade</b>			
0 - Responde a ambas corretamente	<b>0</b>		
1 – Responde a uma incorretamente			
2 – Ambas incorretas			
<b>1C. Pedir para abrir e fechar os olhos e abrir e fechar a mão não parética</b>			

0 – Realiza ambas as tarefa corretamente	<b>0</b>	
1 – Realiza uma tarefa corretamente		
2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente		
<b>2. Posição dos olhos</b>		
0 – Normal	<b>0</b>	
1 - Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.		
2 - Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.		
<b>3.Campos visuais</b>		
0 - Sem défices campimétricos	<b>0</b>	
1 - Hemianopsia parcial.		
2 - Hemianopsia completa.		
3 - Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).		
<b>4.Simetria da face</b>		
0 - Movimentos normais simétricos.		
1 - Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso)	<b>1</b>	
2 - Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total)		
3 - Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face)		
<b>5A.Força Muscular do Membro Superior Esquerdo</b>		
0 - Sem queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) por um período de 10 segundos.		
1 - Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte		
2 - Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata		
3 - Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento		
4 - Nenhum movimento	<b>4</b>	
<b>5B. Força Muscular do Membro Superior Direito</b>		
0 - Sem queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) por um período de 10 segundos.	<b>0</b>	
1 - Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte		
2 - Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata		
3 - Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento		
4 - Nenhum movimento		
<b>6ª Força Muscular do Membro Inferior Esquerdo</b>		
0 - Sem queda; mantém a perna a 30º por um período de 5 segundos		
1 - Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte		
2 - Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata		

3 - Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento		
4 - Nenhum movimento	<b>4</b>	
<b>6B. Força Muscular no Membro Inferior Direito</b>		
0 - Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.	<b>0</b>	
1 - Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte		
2 - Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata		
3 - Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento		
4 - Nenhum movimento		
<b>7. Ataxia dos Membros (dedo-nariz, calcanhar-joelho)</b>		
0 - Ausente		
1 - Presente em 1 membro		
2 - Presente em 2 membros	<b>2</b>	
<b>8. Sensibilidade (teste da picada do alfinete – face, MS, tronco e MI)</b>		
0 - Normal; sem perda de sensibilidade		
1 - Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar		
2 - Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado	<b>2</b>	
<b>9. Linguagem (nomear objectos, descrever uma imagem e ler frases)</b>		
0 - Sem afasia; normal	<b>0</b>	
1 - Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão		
2 - Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador		
3 - Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis		
<b>10. Disartria (repetição de lista de palavras)</b>		
0 - Normal	<b>0</b>	
1 - Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade		
2 - Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria		
<b>11. Extinção e Desatenção, (fazer dupla estipulação visual ou tátil)</b>		
0 - Nenhuma anormalidade	<b>0</b>	
1 - Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais		
2 - Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.		
<b>Total</b>	<b>13</b>	



O utente mantém uma classificação de 13, na Escala de NIHSS desde o internamento no serviço de Urgência no dia 23/03/2017, o que corrobora as informações transmitidas pelo senhor e família, da pouca recuperação de competências que ocorreu durante este ano e meio, até ser inserido na UCC.



DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	REGISTOS/AVALIAÇÕES
<b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Equilíbrio Corporal Comprometido em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar o utente para permanecer sentado sem apoio por mais de 2 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar o equilíbrio corporal (equilíbrio: estático sentado, dinâmico sentado, estático de pé e dinâmico de pé, com aplicação da escala de Berg na semana anterior ao final do estágio);</li> <li>Monitorizar a força muscular (através da escala de Lower) em ambos os hemis corp os;</li> <li>Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático sentado, equilíbrio estático ortostático, equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio dinâmico ortostático);</li> <li>Treinar técnica de treino de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático sentado na beira do leito, equilíbrio estático ortostático, equilíbrio dinâmico sentado na beira do leito, equilíbrio dinâmico ortostático);</li> <li>Treinar a força da musculatura abdominal e lombar;</li> <li>Instruir sobre técnicas terapêuticas na cama: rolamento e ponte;</li> <li>Treinar técnicas terapêuticas na cama: rolamento e ponte;</li> <li>Instruir o cuidador e família para a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura e exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado;</li> </ul>	<b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O Srº C.S apresenta nesta data capacidade para permanecer sentado sem apoio de costas, mas com supervisão, por mais de 2 min. Reavaliado na escala de Berg com 4, tendo aumentado um valor em relação à avaliação inicial, pois consegue ajudar melhor nas transferências, sendo neste momento realizada só com o auxílio de uma pessoa. Mantem força 0 da escala de Lower em todos os segmentos do hemis corp o esquerdo, mas regista-se um aumento da força corporal em todos os segmentos do membro superior direito, avaliando-se atualmente na escala de Lower com 5. No membro inferior direito não se regista alteração da força corporal desde a avaliação inicial.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar o prestador de cuidados na execução de exercícios de fortalecimento da musculatura e treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente demonstra conhecimentos sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático sentado na beira do leito, equilíbrio dinâmico sentado na beira do leito, rolamentos e realização da ponte);</li> <li>• Devido à alteração constante de cuidadores, a prestadora de cuidados atual, não demonstra confiança na realização dos exercícios de treino de equilíbrio, pelo que foi elaborado folheto informativo e demonstrada a sua utilização, necessitando de mais sessões de instrução.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Paralisia do Membro Superior esquerdo, em grau muito elevado. [entende-se por grau muito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente demonstre saber realizar automobilizações do membro superior esquerdo;</li> <li>• Que a família/cuidadora demonstre saber executar técnica de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a força muscular através da escala de Lower, no membro superior esquerdo, na ultima semana de estágio;</li> <li>• Monitorizar tónus muscular através da escala Ashworth Modificada no membro superior esquerdo, na ultima semana de estágio;</li> <li>• Instruir o utente/família/cuidadora sobre técnicas de exercício muscular e articular (a ponte, rolamento no leito, auto mobilizações);</li> </ul>	<b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Sr. ° C.S mantém avaliação da escala de Lower no membro superior esquerdo de 0, em todos os seus segmentos;</li> <li>• Quanto à espasticidade mantém grau 3 na escala de Ashworth Modificada,</li> </ul>

<p>elevado: pessoa avaliada pela escala de Lower, com 0/5]</p>	<p>posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar técnicas de exercício muscular e articular passivas do braço, mão e dedos à esquerda (flexão/extensão, adução /abdução e rotação externa/interna da articulação escapulo-umeral, flexão/extensão da articulação do cotovelo, supinação/pronação do antebraço, desvio cubital/radial e flexão/extensão do punho, flexão/extensão adução/ abdução dos dedos da mão e oponência do polegar) com enfoque em movimentos que contrariam o padrão espático;</li> <li>• Treinar técnicas de exercícios musculares e articulares (ponte, rolamento no leito, auto mobilizações);</li> <li>• Instruir utente/ família/cuidadora sobre técnicas de exercícios musculares e articulares de aumento da força muscular e resistência do membro superior direito (lado menos afetado);</li> <li>• Demonstrar ao utente/ família/cuidadora técnicas de exercícios musculares e articulares de aumento da força e resistência muscular do membro superior direito;</li> <li>• Instruir o utente/família/cuidadora sobre posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>• Treinar o utente/família/cuidadora sobre posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade.</li> </ul>	<p>em todos os movimentos, exceto na oponência do polegar e na extensão dos dedos onde se avalia em grau 4, não se observando alterações face à avaliação inicial;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente demonstra saber realizar técnica de automobilização do membro superior esquerdo sentado e deitado, no entanto, mantém necessidade de ajuda para interlaçar os dedos das mãos;</li> <li>• O utente e prestador de cuidados demonstram conhecimentos sobre exercícios de fortalecimento muscular do membro superior direito;</li> <li>• O utente demonstra conhecimentos sobre posicionamento em padrão inibitório da espasticidade, fundamentalmente na posição de sentado com mesa de trabalho;</li> </ul>
--	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Devido à alteração constante de cuidadores, a prestadora de cuidados atual, demonstra conhecimentos insuficientes em grau reduzido, sobre posicionamento em padrão inibitório da espasticidade, principalmente em decúbito, planeia-se mais sessões de treino.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Paralisia do Membro Inferior esquerdo, em grau muito elevado. [entende-se por grau muito elevado: pessoa avaliada pela escala de Lower, com 0/5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que a família/cuidadora demonstre saber executar técnicas de mobilização passiva do membro inferior esquerdo;</li> <li>Que a família/cuidadora demonstre saber executar técnica de posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar a força muscular através da escala de Lower, no membro inferior esquerdo, a realizar na ultima semana de estágio;</li> <li>Monitorizar tónus muscular através da escala Ashworth Modificada no membro inferior esquerdo, a realizar na ultima semana de estágio;</li> <li>Instruir o utente sobre técnicas de exercício muscular e articular (a ponte; rolamento no leito;automobilizações);</li> <li>Executar técnicas de exercício muscular e articular passivas do membro inferior esquerdo (rotação interna e flexão da articulação coxo-femural, abdução e adução da articulação coxo-femural, flexão do joelho, dorsiflexão da articulação tíbio-társica e eversão do pé; dorsi-flexão dos dedos do pé), com enfoque em movimentos que contrariam o padrão espático;</li> </ul>	<b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O Sr. ° C.S mantém avaliação da escala de Lower no membro inferior esquerdo de 0, em todos os seus segmentos;</li> <li>Na espasticidade avaliada pela escala de Ashworth Modificada, regista-se uma melhoria no movimento de abdução do membro inferior esquerdo, sendo avaliado atualmente no grau 3. Mantem-se avaliação de grau 4 para os movimentos de flexão dorsal, inversão e extensão dos dedos;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar técnicas de exercícios musculares e articulares (ponte, rolamento no leito, auto mobilizações);</li> <li>• Instruir utente/ família/cuidadora sobre técnicas de exercícios musculares e articulares de aumento da força muscular e resistência do membro inferior direito (membro menos afetado);</li> <li>• Demonstrar ao utente/ família/cuidadora técnicas de exercícios musculares e articulares de aumento da força e resistência muscular do membro inferior direito;</li> <li>• Instruir o utente/família/cuidadora sobre posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>• Assistir continuamente o utente/família/cuidadora sobre posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>• Treinar o utente/família/cuidadora sobre posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente demonstra conhecimentos sobre automobilizarão do membro inferior esquerdo, no entanto, observa-se grande dificuldade na execução da técnica por força muscular insuficiente no membro inferior direito;</li> <li>• O utente e prestador de cuidados, demonstram conhecimentos adquiridos sobre execução de técnicas de exercícios musculares e articulares de aumento da força e resistência muscular do membro inferior direito;</li> <li>• Devido à alteração constante de cuidadores, a prestadora de cuidados atual, demonstra conhecimentos insuficientes em grau reduzido, sobre posicionamento em padrão inibitório da espasticidade, principalmente em decúbito, planeia-se mais sessões de treino.</li> </ul>
--	--	--	--

<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Parésia da face à esquerda, com comprometimento ligeiro da deglutição</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente consiga demonstrar competência na execução de exercícios musculares e articulares da face e língua;</li> <li>• Que o prestador de cuidados demonstre conhecimentos sobre exercícios musculares e articulares da face e língua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimentos do utente e cuidadores sobre técnicas de exercícios musculares e articulares;</li> <li>• Ensinar utente e cuidadores sobre técnicas de exercícios musculares e articulares (ingerir líquidos por uma palhinha, assobiar, mandar beijinhos, fazer caretas, sorrir, deitar a língua de fora em vários planos, piscar o olho, suste o cabo de uma colher entre os lábios);</li> <li>• Providenciar material educativo (apresentado em anexo);</li> <li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular;</li> <li>• Instruir utente e cuidadores sobre técnicas de exercícios muscular e articular;</li> <li>• Treinar com o utente técnicas sobre exercícios muscular e articular (ingerir líquidos por uma palhinha, assobiar, mandar beijinhos, fazer caretas, sorrir, deitar a língua de fora em vários planos, piscar o olho, suste o cabo de uma colher entre os lábios e a importância da repetibilidade);</li> <li>• Monitorizar a utilização do material educativo.</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente demonstra saber realizar autonomamente os exercícios musculares e articulares, ensinados, recorrendo ao material educativo facultado;</li> <li>• Segundo o utente e família, os episódios de perda de alimento involuntária pela região anterior da boca são menos frequentes;</li> <li>• Mantem-se prescrição da realização dos exercícios fornecidos por mais um mês.</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Utilização de cadeira de rodas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente/família/cuidadora, demonstre competência sobre a utilização da cadeira de rodas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimentos sobre cadeiras de rodas e sua utilização;</li> <li>• Aconselhar o utente/família sobre especificidades nas cadeiras de rodas;</li> <li>• Instruir o utente sobre mover-se em cadeira de rodas (elevar o membro inferior mais afetado com o auxílio do membro inferior menos</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A prestadora de cuidados demonstra conhecimentos sobre locais de compra de acessórios para cadeira de rodas, nomeadamente</li> </ul>



		<p>afetado, colocação/proteção do membro superior mais afetado a quando da deslocação em cadeira de rodas);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir família/ cuidadora como manusear em segurança a cadeira de rodas;</li> <li>• Instruir a família a vigiar as condições da cadeira de rodas.</li> </ul>	<p>almofada de apoio para uso intensivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente e prestadora de cuidados demonstram conhecimentos sobre a utilização da cadeira de rodas no domicílio;</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b></p> <p>Risco de úlcera de pressão em grau moderado [Entende-se por grau moderado: pessoa que seja classificada de acordo com a Escala de Braden com valores compreendidos entre 13-14]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a família/cuidadora demonstre conhecimentos sobre cuidados para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão;</li> <li>• Que o doente se mantenha sem úlceras de pressão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden;</li> <li>• Instruir a ingestão de líquidos;</li> <li>• Instruir na dieta;</li> <li>• Aconselhar a família sobre dispositivos auxiliares de alívio de pressão e sua utilização;</li> <li>• Treinar a utilização de dispositivos auxiliares de alívio da pressão, nomeadamente almofadas;</li> <li>• Instruir família/cuidadora sobre a importância da alternância de decúbitos;</li> <li>• Treinar a família/cuidadora sobre os vários decúbitos;</li> <li>• Instruir a família/cuidadora sobre os cuidados necessários à pele;</li> <li>• Avaliar as competências adquiridas pela família/cuidadora.</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Srº C.S mantém uma escala de Braden de 13, no entanto, apresenta-se nesta avaliação sem úlceras de pressão;</li> <li>• O utente demonstra ter adquirido conhecimentos sobre a necessidade de uma boa hidratação e uma boa nutrição para manter a integridade cutânea;</li> <li>• A prestadora de cuidados demonstra conhecimentos sobre dispositivos auxiliares de alívio de pressão e sua utilização, nomeadamente colocação de almofadas;</li> <li>• O utente e prestadora de cuidados demonstram ter adquirido conhecimentos sobre zonas mais frequentes de úlcera de</li> </ul>

			<p>pressão, sinais e cuidados com a pele;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devido à alternância de prestadoras de cuidados, programa-se ensinios sobre alternância de decúbitos.</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Transferir-se dependente em grau elevado [entende-se por grau elevado: pessoa classificada na escala de MIF no item transferência com valores entre 1-2]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente demonstre conhecimentos sobre técnicas de facilitação na transferência da cadeira de rodas/cama/cadeira de rodas;</li> <li>• Que a prestadora de cuidados demonstre saber realizar a técnica de transferência da cadeira de rodas/cama/cadeira de rodas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar pressão arterial;</li> <li>• Assistir no transferir-se;</li> <li>• Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para a realização da transferência;</li> <li>• Instruir sobre estratégias adaptativas a utilizar na altura da transferência; (transferir-se pelo lado menos afetado, fazer carga com o hemicorpo menos afetado e rodar, cuidados com o calçado utilizado, colocação da cadeira de rodas);</li> <li>• Treinar estratégias adaptativas para transferir-se (transferir-se pelo lado menos afetado, fazer carga com o hemicorpo menos afetado e rodar, cuidados com o calçado utilizado, colocação da cadeira de rodas);</li> <li>• Assistir à família / cuidadora a realizar estratégias adaptativas para transferir o utente (recorrer ao lado menos afetado para fazer carga e rodar, cuidados com o calçado utilizado, colocação da cadeira de rodas);</li> <li>• Identificar a necessidade de equipamento adaptativo facilitador da transferência;</li> <li>• Aconselhar a família sobre equipamento adaptativo facilitador da transferência.</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente e cuidadora demonstram conhecimentos sobre estratégias adaptativas a utilizar na altura da transferência; (transferir-se pelo lado menos afetado, fazer carga com o hemicorpo menos afetado e rodar, cuidados com o calçado utilizado, local de colocação da cadeira de rodas);</li> <li>• Por incapacidade para aumentar a força muscular no membro inferior esquerdo e por falta de equilíbrio estático e dinâmico sentado, adia-se a instrução sobre equipamento adaptativo facilitador da transferência.</li> </ul>

<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b>  Cinestesia alterada do hemicorpo esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente/família/cuidadora demonstrem conhecimentos sobre como evitar a perda da integridade das estruturas articulares com a formação de aderências, contraturas, limitações articulares, deformidades e anquilose.</li> <li>• Que a família/cuidadora demonstrem conhecimentos sobre técnicas que previnam defeitos ventilatórios decorrentes de alterações cinéticas do hemicorpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar à família, técnicas de facilitação cruzada e correção postural;</li> <li>• Treinar com o prestador de cuidados posicionamento na cadeira de rodas;</li> <li>• Monitorizar o prestador de cuidados a quando do posicionamento do utente na cadeira de rodas;</li> <li>• Incentivar o utente/família a realizar atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica, facilitação cruzada e auto mobilizações;</li> <li>• Assistir a pessoa nas atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica e auto mobilizações;</li> <li>• Treinar a pessoa/família nas atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica e auto mobilizações;</li> <li>• Monitorizar a pessoa/família nas atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica e auto mobilizações;</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regista-se alteração do mobiliário no quarto do Sr. <sup>o</sup> C.S, com alteração da cabeceira da cama, a mesa de cabeceira não foi possível mudar devido à estrutura da divisão;</li> <li>• O utente e prestadora de cuidados demonstram conhecimentos para manter o alinhamento corporal quando o utente se encontra sentado na cadeira de rodas;</li> <li>• O utente demonstra capacidade para realização de exercícios como a ponte e rolamento no leito, com ajuda parcial;</li> <li>• A prestadora demonstra segurança em grau moderado na realização de exercício como a ponte e os rolamentos no leito, programa-se nova sessão de instrução sobre estas técnicas.</li> </ul>
---	---	---	---

<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Esquecimento unilateral do hemicorpo esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente mantenha de si a integração dos dois hemicorpos</li> <li>• Que a família/cuidadora demonstrem conhecimentos melhorados, sobre técnicas que facilitem a integração do hemicorpo mais afetado na imagem corporal do utente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar a sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e postural;</li> <li>• Estimular a sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e postural através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disposição terapêutica do mobiliário;</li> <li>○ Abordagem pelo lado mais afetado;</li> <li>○ Informar a família para abordarem pelo lado mais afetado;</li> <li>○ Colocar a pessoa em frente a um espelho.</li> </ul> </li> <li>• Executar técnicas de estimulação proprioceptiva; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estimulação sensorial com diferentes texturas;</li> <li>○ Estimulação sensorial com objetos de diferentes formatos;</li> <li>○ Estimulação sensorial com contraste térmico;</li> </ul> </li> <li>• Ensinar família técnicas de facilitação cruzada, correção postural e técnica de massagem;</li> <li>• Incentivar a pessoa/família a realizar atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica e auto mobilizações;</li> <li>• Assistir a pessoa nas atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica e auto mobilizações;</li> <li>• Treinar a pessoa/família nas atividades de ponte, rolamento, oscilação pélvica e auto mobilizações.</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apesar de o Sr. ° C.S verbalizar aumento da sensibilidade tátil e térmica, quando realizada avaliação sem estímulo visual, o utente mantém ausência completa de sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e postural no hemicorpo esquerdo;</li> <li>• A família demonstra conhecimentos sobre disposição terapêutica do mobiliário e abordagem pelo lado mais afetado;</li> <li>• Programam-se mais sessões de estimulação proprioceptiva;</li> <li>• A prestadora demonstra segurança em grau moderado na realização de exercício como a ponte e os rolamentos no leito, programa-se nova sessão de instrução sobre estas técnicas.</li> </ul>
--	--	---	---

<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Autocuidado: <b>Higiene</b> dependente em grau elevado [entende-se por grau elevado: pessoa que apresenta de acordo com o Índice de Barthel no item banho 0]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente consiga pentear-se, lavar a cara e lavar o membro superior esquerdo.</li> <li>• Que prestador de cuidados demonstre conhecimentos melhorados, sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os conhecimentos da família sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene;</li> <li>• Aconselhar a família sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene;</li> <li>• Avaliar o utente/família sobre os conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene;</li> <li>• Aconselhar o utente/família sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene;</li> <li>• Treinar uso de dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene;</li> <li>• Fornecer temporariamente cadeira de rodas para o banho;</li> <li>• Incentivar para o autocuidado: higiene, nomeadamente lavar a cara, pentear-se e lavar o membro superior esquerdo;</li> <li>• Monitorizar a ação do utente e prestador de cuidados na realização do autocuidado: higiene.</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizada cadeira de banho por 3 meses;</li> <li>• A família demonstra conhecimentos sobre locais de aquisição de cadeira para o banho;</li> <li>• O utente encontra-se atualmente pouco motivado para o autocuidado: higiene, nomeadamente lavar a cara, pentear-se e lavar o membro superior esquerdo, decide-se realizar mais sessões com o apoio da prestadora de cuidados;</li> <li>• Devido à alternância de prestadoras de cuidados programa-se ensinamentos sobre incentivar para o autocuidado: higiene.</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Autocuidado: <b>arranjar-se</b> dependente em grau muito elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o prestador de cuidados demonstre conhecimentos melhorados sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para o autocuidado: arranjar-se.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados sobre adaptação de domicílio para o autocuidado: arranjar-se (cadeira com roupa ao alcance do utente, roupa colocada por ordem em que o doente a vai utilizar, roupa simples, larga com elásticos e velcros);</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A prestadora de cuidados demonstra conhecimentos insuficientes em grau moderado sobre adaptação de domicílio para o autocuidado: arranjar-se (cadeira com roupa ao</li> </ul>

<p>[entende-se por grau muito elevado: a pessoa que apresenta segundo o índice de Barthel no item vestir-se valor 0]</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimentos do utente e prestador de cuidados sobre dispositivos auxiliares no autocuidado: arranjar-se;</li> <li>• Instruir sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: arranjar-se;</li> <li>• Instruir sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: arranjar-se;</li> <li>• Treinar o utente e prestador de cuidados no autocuidado: arranjar-se (vestir pelo lado mais afetado, despir pelo lado menos afetado, roupa larga, confortável e de fácil utilização);</li> <li>• Monitorizar a ação do utente e prestador de cuidados no autocuidado: arranjar-se.</li> </ul>	<p>alcance do utente, roupa colocada por ordem em que o doente a vai utilizar, roupa simples, larga com elásticos, velcros), pelo que se planeia mais sessões;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente demonstra conhecimentos adquiridos sobre autocuidado: arranjar-se (vestir pelo lado mais afetado, despir pelo lado menos afetado, roupa larga, confortável e de fácil utilização), no entanto, encontra-se pouco motivado pra a realização dessas tarefas, programa-se mais sessões de incentivo ao autocuidado: arranjar-se</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Autocuidado: Ir ao sanitário dependente em grau elevado [classificado com 0 na escala de Barthel no item uso da sanita]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente consiga por 3 vezes na semana evacuar na sanita com cadeira adaptada;</li> <li>• Que o prestador de cuidados demonstre conhecimentos sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Avaliar conhecimentos do utente e prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar no autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Avaliar conhecimentos sobre técnicas de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário (estabelecer horário regular para eliminação intestinal, seguindo a rotina normal do senhor);</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nesta avaliação o Sr. ° mantém incontinência intestinal com uso de fralda 24h por dia;</li> <li>• Por alternância das prestadoras de cuidado, não existiu tempo para instruir e treinar a prestadora atual para este</li> </ul>

	para o autocuidado: ir ao sanitário, melhorado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Aconselhar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Treinar a utilização de dispositivos auxiliares para o autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>• Treinar técnicas de adaptação no autocuidado: ir ao sanitário</li> </ul>	<p>auto cuidado, planeia-se mais sessões;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A família demonstra conhecimento melhorado, sobre locais de compra de dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário, não tendo ainda realizado a sua aquisição por insuficiência económica.</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b></p> <p>Risco de não adesão ao regime terapêutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o prestador de cuidados demonstre conhecimento melhorado, sobre regime terapêutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico (regime medicamentoso, alimentação e atividade física);</li> <li>• Avaliar o conhecimento do cuidador sobre controlo tensional;</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso em parceria com a farmácia local;</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados sobre valores tensionais normais e formas de atuação face a valores tensionais anormais para a idade do utente;</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados sobre cuidados com a dieta, devido à imobilidade;</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre ingestão hídrica (necessidades hídricas, gestão horária da ingestão de líquidos);</li> </ul>	<p><b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A prestadora de cuidados demonstra ter adquirido conhecimentos sobre controlo tensional e necessidade de encaminhamento para o médico de família, não tendo ainda comprado o medidor de tensão por insuficiência económica;</li> <li>• O médico de família realizou alteração da terapêutica anti-hipertensiva, com benefício segundo avaliações realizadas pela família, com</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o prestador de cuidados para a necessidade de vigiar a função renal do utente.</li> </ul>	<p>o medidor facultado pela equipa de UCC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A prestadora de cuidados atual, demonstra conhecimentos adquiridos sobre cuidados com a dieta, devido à imobilidade;</li> <li>• A prestadora de cuidados atual, demonstra conhecimentos sobre ingestão hídrica (necessidades hídricas, gestão horária da ingestão de líquidos);</li> <li>• O médico de família descartou encaminhamento para consulta hospitalar de nefrologia, por as últimas análises da função renal do utente, se encontrarem dentro dos parâmetros normais para a sua faixa etária.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO A 16/10/2018</b> Estimulação cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente se mantenha orientado autopsiquicamente;</li> <li>• Que o prestador de cuidados demonstre conhecimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados e do utente sobre técnicas de estimulação cognitiva;</li> <li>• Instruir o prestador de cuidados e o utente sobre técnicas de estimulação cognitiva;</li> <li>• Avaliar a capacidade de realização de exercícios de estimulação cognitiva simples;</li> </ul>	<b>AVALIAÇÃO A 20/11/2018</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O prestador de cuidados demonstra ter adquiridos conhecimentos sobre estimulação cognitiva, tendo adquirido livro de</li> </ul>



	melhorados, sobre estimulação cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar exercícios de estimulação cognitiva simples (apresentados em anexo);</li> <li>• Instruindo a família sobre a necessidade de manter o utente dentro das atividades de vida diárias da família, nomeadamente nas refeições, reuniões familiares, contacto com os vários elementos da família;</li> <li>• Instruir a família/cuidadora sobre a necessidade de estimular a orientação temporal do doente, com calendários ou verbalização do dia do mês e da semana em que se encontra.</li> </ul>	<p>exercícios, por iniciativa própria;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Sr. ° C.S demonstra grande destreza na realização dos exercícios de estimulação cognitiva;</li> <li>• O utente toma as refeições juntamente com a família, no entanto, observa-se ainda algum distanciamento noutras atividades, programa-se mais ensinios de incentivo para estas atividades;</li> <li>• Foi colocado calendário junto ao aparelho de televisão.</li> </ul>
--	--	---	--

## **Apêndice VI – Estudo de caso II**

## 1. HISTORIA CLÍNICA

<b>Identificação:</b> Masculino 74 Anos de idade Casado Tem dois filhos (a filha reside na Bélgica, o filho reside próximo do pai. Ambos casados.) Reformado Sem alergias medicamentosas conhecidas Independente em todas as AVDs Católico não praticante	<b>Historia atual:</b> Recorreu no dia 25/11/2018 ao SU por parésia facial central, disartria, afasia não fluente, compreensão mantida e queda do membro superior direito, com inicio na madrugada desse mesmo dia. Avaliado na escala de NIHSS inicialmente com score 3 (parésia facial ligeira, disartria ligeira e afasia ligeira) e posteriormente com score 4 (parésia facial, disartria, afasia e queda do membro superior direito pontuando 1). Escala de Glasgow de 15. Glicémia na admissão 147 mg/dl. TA: 170/80 mmHg. Transferido para o Hospital de Santa Maria para eventual TEV, que não realizou por não ter indicação (existência de defeito menor, com melhoria, sem oclusão de grande vaso). Novamente transferido para o hospital da residência. AC: sons rítmicos. AP: MV mantido bilateralmente. Sem RA. Abdómen: mole, depressível e indolor à palpação. Não se palpavam massas ou organomegalias. Mls: sem edema ou sinais de TVP
---	---

**Antecedentes Pessoais:**

HTA; HBP; Ablação flutter típico em 2010; AVC em 2008 sem sequelas; Portador de Pacemaker (assurity MRI DDDR st.jude) há 3 anos; BAVC

**Meios Auxiliares de Diagnostico:**

TC crânio e angio-TC-CE (na admissão): sem lesões hemorrágicas intracranianas. Sem sinais seguros de lesão vascular aguda ou áreas sugestivas de presença de lesão expansiva. Moderada leucoaraiosis. Pequenas lacunas núcleo-capsulares bilaterais. Sem desvios da linha média. Sistema ventricular e cisternas da base permeáveis. Sem alterações ósseas. Pequena placa ateromatosa parcialmente calcificada na bifurcação carotídea esquerda, sem estenose significativa. Pequeno defeito focal de preenchimento da carótida supraclinoideia esquerda, podendo traduzir pequeno trombo intraluminal, não oclusivo. Pequeno defeito segmentar de preenchimento de ramo distal anterior da ACM (artéria central média) esquerda (junto ao córtex insular). Sem evidência de alterações da permeabilidade dos segmentos proximais das artérias cerebrais anteriores e posteriores.

TAC crânio – Realizado 11 horas após a primeira TAC, por agravamento das alterações neurológicas. Discreta hipodensidade lenticuloradiaria esquerda, sem efeito de massa sugestiva de corresponder a lesão de natureza vascular isquêmica aguda, de

	<p>tipo lacunar. Restantes aspectos sobreponíveis sem evidência de intercorrença hemorrágica aguda.</p> <p>Ecocardiograma transtorácico 29/11: HVE (Hipertrofia Ventricular Esquerda) ligeira. Boa função sistólica biventricular, IAO (Insuficiência da aorta) ligeira. Sem HTP (Hipertensão Pulmonar).</p> <p>Doppler dos Vasos do Pescoço 03/12: “O estudo eco doppler da circulação arterial dos vasos do pescoço mostra envolvimento ateromatoso na vertente anterior da origem da carótida interna esquerda por depósito hipoecogêneo que apresenta um eixo longitudinal de 12,3 mm, espessura de 3 mm, contendo na sua porção mais cefálica uma discreta calcificação justa íntima com 6 mm, e cujo envolvimento na área luminal local é de 50%, traduzindo-se nos traçados por maior amplitude sistólica - diastólica e um índice resistência superior ao contralateral. Na vertente posterior deste trajecto proximal da carótida interna existe um espessamento hipoecogêneo, traduzindo foco inicial com 2 mm de espessura e um eixo longitudinal de 6,7 mm. Restantes aspectos morfológicos, traçados e parâmetros hemodinâmicos dentro do habitual para o grupo etário. Artérias vertebrais permeáveis”</p>
--	--

	Analiticamente 04/12: Hb 12.6 g/dl (NN), sem leucocitose, PCR em decrescendo 5> 11, 97> 9.15> 4.3, FR normal e ionograma equilibrado Transferido para o Serviço de Medicina Interna a 25/11
<b>Medicação no domicílio:</b> Lisinopril Combodart	<b>Diagnóstico:</b> <u>AVC isquêmico da ACM esquerda</u> <b>Medicação atual:</b> Sinvastatina Esomeprazole Tansulosina A.A.S Bisacodilo

## 2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Doente vígil, orientado no tempo, no espaço e na pessoa. Mantém comportamentos mínimos mantidos. Apresenta bom estado geral, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta hemiparésia facial central com desvio da comissura labial para a esquerda, hemiplégia do membro superior direito, hemiparésia do membro inferior direito, hemihipostesia do hemicorpo direito, disartria e negligência do hemicorpo à direita.

<b>Escalas Utilizadas</b>	<b>Score na admissão</b>	<b>Score na alta</b>
Escala de Glasgow	15	15
Escala de Braden	11 – Risco elevado de úlcera de pressão, devido a principalmente às forças de atrito e á limitação da sensibilidade.	18 -Melhoria do risco de úlcera de pressão, por maior percepção das suas limitações sensoriais e aumento dos movimentos musculares realizados.
Escala de Morse	15 – Risco baixo de queda, devido ás limitações de mobilidade	15 - Risco baixo de queda, devido ás limitações de mobilidade
Escala de Berg	1	12 – Melhoria. Por aumento do equilíbrio estático e dinâmico sentado e apoio nas transferências.
Escala de Barthel	0 – Totalmente dependente para a realização das AVDs	35 – Melhorado, doente consegue pentear-se, lavar os dentes, vestir a região superior do corpo, autonomamente ou com uma pequena ajuda. Melhoria nas transferências para o cadeirão e cama.
Escala de MIF	41 – Dependência funcional em grau moderado Com score no sub-total motor de 14 Com score no sub-total cognitivo de 27	76 – Dependência funcional em grau moderado Com score no sub-total motor de 43

			Com score no sub-total cognitivo de 33	
Escala de Lower	Membro Superior Direito 0/5	Membro Superior Esquerdo 5/5	Membro Superior Direito 0/5	Membro Superior Esquerdo 5/5
	Membro Inferior Direito 3/5	Membro Inferior Esquerdo 5/5	Membro Inferior Direito 4/5	Membro Inferior Esquerdo 5/5
Escala de Ashworth modificada	Membro Superior Direito 0/4	Membro Superior Esquerdo 0/4	Membro Superior Direito 0/4	Membro Superior Esquerdo 0/4
	Membro Inferior Direito 0/4	Membro Inferior Esquerdo 0/4	Membro Inferior Direito 0/4	Membro Inferior Esquerdo 0/4
Avaliação dos pares Cranianos				
I - Olfativo	Não se observaram alterações olfactivas (testado com café e canela)			
II – Ótico	Não se observaram alterações na acuidade visual em todos os campos visuais. Sem diplopia.			
III– Oculo Motor IV- Patético VI – Motor Ocular Externo	Movimentos oculares mantidos aparentemente simétricos e sem oftalmoparésias, em todos os campos visuais avaliados			



V - Trigémio	Apresenta motricidade da mandíbula alterada ligeiramente, por desvio da comissura labial para a esquerda
VII - Facial	Apresenta ptose palpebral e motricidade da pálpebra alterada em grau reduzido. Movimentos da mandíbula alterados em grau reduzido, por desvio da comissura labial, para a esquerda
VIII - Vestíbulo - Coclear	Sem alterações grosseiras da acuidade auditiva
IX – Glossofaringeo X - Vago	Não se observaram alterações da deglutição para as diversas consistências. Mantém reflexo do vômito. Disartria
XI - Espinhal	Não se observaram alterações na motricidade do esternocleidomastóideo e do trapézio
XII - Hipoglosso	Não se observaram alterações na motricidade da língua
Avaliação da sensibilidade	
Sensibilidade Superficial	Não se observa reação aparente à sensibilidade dolorosa e tátil no hemicorpo direito. Sem alterações aparentes na sensibilidade térmica (avaliação realizada com água morna). Não se observam alterações da sensibilidade no hemicorpo esquerdo
Sensibilidade Profunda	Equilíbrio estático e dinâmico sentado, menos que 2 minutos. Sensibilidade vibratória não avaliada. Não se observa reação aparente face à pressão no hemicorpo direito. Hemicorpo esquerdo sem alterações da sensibilidade.

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Plano elaborado recorrendo à linguagem do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação da responsabilidade do Colégio da Especialidade de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros.

Data	Diagnostico Principal	Diagnostico secundário	Objetivos	Intervenções	Avaliação
29/11/2018	Parésia facial central presente à direita [com apagamento ligeiro do suco nasal labial à direita, desvio da comissura labial ligeiro para a esquerda, não se observa alteração dos movimentos musculares da face e do movimento dos lábios]		Aumento da força muscular dos músculos da face	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorizar parésia facial;</li> <li>▪ Dar dispositivo auxiliar [espelho] à pessoa;</li> <li>▪ Executar técnica de massagem;</li> <li>▪ Supervisionar a pessoa no mastigar</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b> O doente mantém desvio da comissura labial para a esquerda e ligeiro apagamento do suco nasal labial à direita. Apresenta disartria ligeira, com discurso perceptível. Executada massagem na face direita, com o objectivo de aumentar a força muscular e a sensibilidade superficial e profunda. Pesquisada disfagia para as várias consistências. O doente consegue ingerir água, alimentos sólidos e pudim sem aparentes sinais de engasgamento ou perda de alimentos pela boca.</p> <p><b>02/12/2018</b> O doente mantém desvio da comissura labial para a esquerda embora mais discreto. Já se observa suco nasal labial à direita.</p>

					<p>Realizada massagem na face direita, para estímulo da musculatura e da sensibilidade proprioceptiva. Sensibilidade táctil não alterada.</p> <p><b>04/12/2018</b> O doente consegue encerrar ambas as pálpebras em simultâneo e alternadamente completamente. Mantém ligeiro desvio da comissura labial, mas consegue assobiar transmitindo som. Mantém boa mobilidade da língua. Nega disfagia para todas as consistências.</p>
		<p>Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnicas de exercícios de tonificação dos músculos da face, presente</p>	<p>Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular da face;</li> <li>▪ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular da face;</li> <li>▪ Providenciar material educativo [folheto com imagens e descrição de exercícios]</li> <li>▪ Monitorizar a utilização de material educativo.</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b> Por o doente não apresentar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular da face, foram realizados ensinos [sugar líquidos, assobiar, encerrar as pálpebras alternadamente, contrair a musculatura da face alternadamente, realizar protusão e retração da língua, 3 vezes durante o dia com repetições de 10 exercícios]. Facultado espelho para a realização dos exercícios com visualização directa pelo próprio. Programa-se entrega de material educativo para 01/12/2018.</p>

					<p><b>02/12/2018</b> Conhecimentos sobre técnicas, adquirido.</p>
		Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício de tonificação dos músculos da face, presente	Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular da face;</li> <li>▪ Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular da face;</li> <li>▪ Treinar exercícios de técnicas musculares e articulares.</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b> O doente demonstra capacidade para a execução de exercícios musculares e articulares da face, pelo que se realizou instrução dos exercícios ensinados. Doente pouco recetivo à repetibilidade autónomo dos exercícios. Programa-se reforço do ensino e treino associado a fornecimento de material educativo e realização de treino em frente ao espelho.</p> <p><b>02/12/2018</b> Doente recetivo à realização dos exercícios instruídos, que consegue executar de forma autónoma com supervisão do enfermeiro.</p>
29/11/2018	Movimento muscular comprometido em grau elevado no membro superior direito [entenda-se por grau elevado, classificação na escala de Lower de 0/5]		Manter a integridade das estruturas articulares; Manter a amplitude de movimentos; Conservar a flexibilidade prevenindo a instalação do padrão espático e ombro doloroso;	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Executar técnica de excitação músculo articular passiva [flexão e extensão dos dedos, abdução e adução dos dedos, oponência do polegar, flexão e extensão do polegar, adução e abdução do polegar, flexão e</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b> Realizada mobilização passiva de todos os segmentos do membro superior direito, não se observando alterações na hemi-hipostesia já referida anteriormente. Não se observam limitações articulares e o doente nega ombro doloroso. Pouco recetivo à realização das</p>

			<p>Evitar aderências e contraturas musculares;  Melhorar a circulação de retorno;  Manter a imagem psico-sensorial e psico-motora.</p>	<p>extensão do pulso, abdução e adução do pulso, extensão flexão do cotovelo, supinação e pronação do antebraço, flexão e extensão do braço, abdução e adução do braço 1x/dia];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar a realização de auto mobilizações dos membros superiores e exercícios de motricidade fina com a mão menos afeta, 3 vezes ao dia em series de 10 repetições];</li> <li>▪ Supervisionar o movimento muscular.</li> </ul>	<p>automobilizações. Realizado reforço de ensino.  01/12/2018  Realizadas mobilizações passivas do membro superior direito. Doente mantém resposta negativa à existência de dor do ombro, mas foi realizada pequena massagem relaxante no local e incentivado alinhamento corporal. Doente mais recetivo à realização das automobilizações.  <b>02/12/2018</b>  O doente mantém escala de Lower de 0/5. Muito recetivo a automobilizações. Incentivado alinhamento corporal autônomo, com supervisão do enfermeiro.</p>
		Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, presente	Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>▪ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [auto mobilizações dos membros superiores, exercícios de motricidade fina da mão esquerda].</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b>  Realizado ensino sobre automobilizações do membro superior direito. Doente pouco recetivo. Realizados ensinamentos sobre exercícios de motricidade fina com a mão esquerda, para compensação da incapacidade da mão direita  <b>02/12/2018</b>  Doente muito recetivo à realização de automobilizações. Demonstrar adquirido conhecimentos</p>

					para a realização dos exercícios de forma autônoma, com supervisão pelo profissional de saúde.
		Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, presente	Capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>▪ Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>▪ Treinar técnicas de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<b>30/11/2018</b> Realizada instrução e treino sobre a técnica da automobilização do membro superior mais afetado. Demonstra saber realizar a técnica de automobilização. <b>04/12/2018</b> Doente demonstra capacidade para realizar as atividades de vida diária [abotoar botões, levar a colher e o garfo à boca, pentear-se] com a mão esquerda.
29/11/2018	Movimento muscular comprometido em grau moderado no membro inferior direito [entenda-se por grau moderado avaliação na escala de Lower entre 3/5]		Manter a integridade das estruturas articulares; Aumentar a força e coordenação muscular; Conservar a flexibilidade; Evitar aderências, contraturas e instalação de espasticidade; Melhorar a circulação de retorno; Manter a imagem psico-sensorial e psico-motora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Executar técnica de exercitação muscular e articular ativas assistidas [flexão e extensão dos dedos do pé, inversão e eversão do pé, flexão dorsal e extensão flexão plantar, extensão e flexão do joelho, flexão e extensão da coxa, abdução e adução da coxa, rotação interna e externa da anca];</li> <li>▪ Executar técnica de exercício muscular e</li> </ul>	<b>30/11/2018</b> Realizada mobilização ativa assistida de todos os segmentos do membro inferior direito, não se registando alteração de amplitudes articulares. Mantém hemi-anestesia no membro inferior sem alteração aparente das avaliações anteriores. Realizada técnica de exercitação músculo articular ativo-assistida, com colaboração ligeira do doente. Consegue elevar a perna cerca de 15 cm do plano do leito.

				<p>articular ativo-resistido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar a realizações de automobilizações em series de 10 repetições por 3 períodos diários];</li> <li>▪ Monitorizar a força muscular através da escala de Lower [por ser a utilizada no serviço];</li> <li>▪ Supervisionar o movimento muscular.</li> </ul>	<p>Realizada pedaleira para aumento do tónus e força muscular.</p> <p><b>01/12/2018</b></p> <p>Realizada mobilizações ativa assistida do membro inferior. O doente consegue elevar a perna cerca de 25 cm.</p> <p>Executada técnica de exercício músculo articular ativo resistido, para aumento da força muscular do membro inferior.</p> <p>Realizado levante com elevador vertical para estímulo da sensibilidade e reforço de carga no membro inferior direito. Tolerou por um período de aproximadamente 20 min. Quando se encontra no leito, em decúbito dorsal, observa-se um ligeiro aumento da força.</p> <p><b>04/12/2018</b></p> <p>Reavaliada paresia do membro inferior direito, classificada com escala de Lower de 4/5, por apresentar movimento contra a gravidade principalmente no leito.</p>
		Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>▪ Ensinar sobre técnica de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b></p> <p>Foram realizados ensinamentos sobre técnica de automobilização do membro inferior mais afetado. Doente pouco recetivo à repetibilidade, com humor deprimido.</p> <p><b>02/12/2018</b></p>

					O doente demonstra conhecimentos sobre técnicas de automobilização dos membros inferiores.
		Potencial para melhorar capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>▪ Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [auto mobilizações, exercícios de agachamento, exercícios de fortalecimento muscular];</li> <li>▪ Treinar técnicas de exercício muscular e articular</li> </ul>	<p>30/11/2018 Realizada instrução da técnica de automobilização do membro inferior mais afetado. Após realização de treino foi incentivada a sua repetibilidade. Doente pouco recetivo. Foi realizado reforço do ensino sobre a importância desta técnica.</p> <p><b>02/12/2018</b> Doente muito motivado para a realização das auto mobilizações, que realiza de forma autónoma. Realizados exercícios de agachamento com apoio e supervisão do profissional de saúde. O doente tolerou 2 series de 5 exercícios.</p> <p><b>04/12/2018</b> Doente demonstra capacidade para realizar auto mobilizações dos membros inferiores de forma autónoma. Treinado exercício de agachamento, que o doente consegue realizar com apoio em 3 series de 10 repetições. Instruído exercício de agachamento sem apoio, observa-se dificuldade</p>



					moderada no movimento descendente da técnica, pelo que se decide manter exercício com apoio.
29/11/2018	Equilíbrio corporal comprometido, em grau elevado [entenda-se por grau elevado uma classificação na escala de Berg de 1]		Manter o equilíbrio estático e dinâmico sentado; Prevenir posições viciosas; Prevenir contraturas musculares e deformidades osteoarticulares; Aumentar o equilíbrio corporal ortostático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicar dispositivo auxiliar [andarilho];</li> <li>▪ Avaliar equilíbrio corporal [equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio dinâmico em pé, equilíbrio estático sentado, equilíbrio estático de pé, adoção de posições viciosas, existência de deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho, consegue suportar o próprio peso em diferentes posições,];</li> <li>▪ Incentivar a manter o equilíbrio corporal [correção postural];</li> <li>▪ Executar técnicas de treino de equilíbrio [apoio uni podal, exercício de coordenação de movimentos, facilitação cruzada, ponte];</li> </ul>	<b>30/11/2018</b> O Srº F.C.R mantém equilíbrio estático e dinâmico sentado, conseguindo permanecer sentado sem apoio de costas por 10 segundo (classificado na escala de Berg com 1). No entanto, por períodos mais longos já apresenta desequilíbrio estático sentado, com queda para o lado direito. Em ortostatismo não apresenta equilíbrio estático ou dinâmico. Não se observam deformidades da coluna. Não consegue realizar teste dedo/nariz com o membro superior direito [por paralisia], sem alterações quando realizado com o membro superior esquerdo. Não consegue realizar o teste calcanhar/joelho com o membro inferior direito [por parésia], sem alterações com o membro inferior esquerdo. Realizado exercício da ponte no leito, de forma a aumentar a força muscular da região da bacia. Consegue manter a elevação da bacia cerca de 30 seg. Foi realizado levante da

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de Berg;</li> <li>▪ Orientar na técnica de treino de equilíbrio [alternância de carga nos membros inferiores, apoio unipodal, exercícios de coordenação de movimentos, facilitação cruzada]</li> </ul>	<p>posição de sentado para a posição em pé, com o auxílio de andador e dois profissionais de saúde. Apresenta apoio unipodal por menos de 5 segundos. Realizado exercício de pedaleira para estímulo da coordenação motora e da força muscular.</p> <p><b>01/12/2018</b> Realizados exercícios de alinhamento corporal frente ao espelho quadriculado, para que o doente interioriza a sua nova imagem corporal e consciencialização dos movimentos treinados. Realizados exercícios de agachamento para aumento da força e tônus muscular nos membros inferiores bilateralmente.</p> <p><b>07/12/2018</b> Reavaliado o equilíbrio corporal. Mantém equilíbrio estático e dinâmico sentado. Em posição ortostática apresenta ligeiro desequilíbrio estático que compensa. Melhoria do equilíbrio dinâmico, ainda comprometendo a marcha com apoio. Escala de Berg de 12. Observa-se melhor consciencialização da necessidade da não adopção de posições viciosas, com</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>consequente correcção postural.</p> <p>Mantém a incapacidade na realização do teste dedo/ nariz por paralisia do membro superior.</p> <p>Já consegue realizar o teste calcanhar /joelho à direita. Teste realizados com os membros menos afectados, sem alterações.</p> <p>Marcha com andarilho com apoio unilateral pelo profissional de saúde.</p>
		Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnica de equilíbrio corporal, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b></p> <p>O doente consegue aparentemente melhorar os seus conhecimentos sobre técnica de equilíbrio corporal, nomeadamente na realização da ponte no leito e no manter o alinhamento corporal na posição de sentado, de forma a evitar o surgimento de queixas álgicas ou deformidades osteoarticulares permanentes.</p>
		Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural, equilíbrio estático sentado, equilíbrio estático ortostático, equilíbrio dinâmico</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b></p> <p>Foi realizada instrução de exercícios [correção postural na posição de sentado, exercício da ponte e rolamento no leito. Doente motivado para a realização destes exercícios.</p> <p><b>02/12/2018</b></p> <p>Doente motivado para a realização dos exercícios, no</p>

				<p>ortostático, equilíbrio dinâmico sentado];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Treinar técnica de equilíbrio corporal.</li> </ul>	<p>entanto, mantém no exercício da ponte necessidade de auxílio por queda do joelho direito. Programa-se aumento do número de repetições neste exercício, de forma a estimular a força na região abdominal e dos glúteos, de forma a preparar a marcha.</p>
29/11/2018	Esquecimento Unilateral do hemicorpo direito, presente		Fomentar o reconhecimento da posição do segmento no hemicorpo mais afetado relativamente ao espaço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimular percepção sensorial [disposição terapêutica do mobiliário e televisão, abordagem pelo lado afetado, informar familiares para abordarem pelo lado afetado, colocar a pessoa em frente ao espelho, estimulação sensorial com diferentes texturas, executar técnica de massagem];</li> <li>▪ Executar técnica de exercício muscular e articular passivo [membro superior direito];</li> <li>▪ Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido [membro inferior direito];</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b> O doente mantém identificação dos membros superiores e inferiores, no entanto, refere que o membro superior direito parece que não é seu. Realizada abordagem do doente pelo lado mais afetado. Doente pouco receptivo a aborde pelo lado direito. O mobiliário e televisão já se encontravam dispostos de forma terapêutica. Foram realizadas mobilizações passivas de todos os segmentos do membro superior direito e ativas assistidas de todos os segmentos do membro inferior direito, associado a estimulação oral para visualização dos exercícios de forma a fomentar a plasticidade cerebral.</p> <p><b>01/12/2018</b> Realizada estimulação sensorial no membro superior direito com</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar execução de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>várias texturas, sem benefício. O doente ficou mais triste, por não conseguir sentir as diferentes texturas. Abandona-se este exercício.</p> <p>Realizado ensino aos familiares para abordagem do doente pelo lado mais afectado.</p> <p><b>07/12/2018</b></p> <p>Doente mais recetivo à abordagem pelo lado mais afetado. Observa-se menos momentos de negligência unilateral, principalmente em relação ao membro inferior. Incentivada a execução de auto mobilizações e auto massagem do membro superior mais afetado pelo membro superior menos afetado.</p>
		Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>▪ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.</li> </ul>	<p>30/11/2018</p> <p>Realizados ensinos sobre negligencia unilateral, com enfoque na negligencia unilateral, principalmente do membro superior. Ensinada a necessidade de com auxílio do hemicorpo menos afetado manter alinhamento dos vários segmentos e realizar auto mobilizações. Doente pouco recetivo.</p> <p><b>01/12/2018</b></p> <p>O doente demonstra ter adquirido conhecimentos sobre</p>

					<p>negligencia corporal, no entanto, em relação ao membro superior direito apresenta em algumas ocasiões negligencia, pelo que se programam mais ensinos.</p> <p><b>07/12/2018</b> Doente demonstra ter adquirido conhecimentos sobre técnicas de facilitação cruzada e automobilizações.</p>
		Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular [auto mobilizações];</li> <li>▪ Instruir sobre técnicas de exercício músculo articular [auto mobilização];</li> <li>▪ Treinar técnicas de exercício muscular e articular [auto mobilizações].</li> </ul>	<p><b>30/11/2018</b> Instruídos exercícios de facilitação cruzada e de auto mobilizações, com o objetivo de fomentar a consciencialização do hemisfério mais afetado principalmente do membro superior direito. Realiza exercícios de facilitação cruzada, quando estimulado.</p> <p><b>02/12/2018</b> Consegue realizar exercícios de facilitação cruzada, inseridos nas AVDs, com facilidade.</p>
30/11/2018	Andar, comprometido em grau elevado [entenda-se por grau elevado a necessidade de apoio bilateral para a realização do andar]	Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnica de adaptação para andar, presente	Conhecimento sobre técnica de adaptação para andar, presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar conhecimentos sobre técnica de adaptação para andar;</li> <li>▪ Ensinar sobre técnica de adaptação para andar [elevação do joelho, colocação do membro menos afetado no início da</li> </ul>	<p><b>01/12/2018</b> Realizado treino de marcha com ajuda bilateral e andarilho. Doente com equilíbrio ortostático dinâmico comprometido, com arrastamento do membro inferior direito. Conseguiu percorrer cerca de 5m.</p>

				passada, abertura da base de sustentação, correção postural].	Realizados exercícios de agachamento para fortalecimento da região da bacia e coxas, de forma a potenciar a marcha.
		Potencial para melhorar a Capacidade para andar, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar a capacidade para andar;</li> <li>Instruir sobre técnica de adaptação para andar [marcha com andarilho];</li> <li>Treinar técnica de adaptação para andar [colocação do andarilho cerca de 5 dedos em frente ao abdómen, colocação do membro inferior mais afectado, passada com o membro inferior menos afectado].</li> </ul>	<p>Realizada pedaleira para aumento da coordenação motora e força muscular a nível dos membros inferiores, pois atualmente o doente realiza carga uni podal no membro inferior esquerdo.</p> <p><b>02/12/2018</b></p> <p>Treino de marcha realizado com auxílio a ligadura funcional no pé direito, para evitar torção. Com benefício. Doente conseguiu percorrer cerca de 8m. Apresenta o esboço de alguns movimentos em foice, no entanto, ainda arrasta na maior parte dos passos, o pé direito. Observa-se alguma descoordenação no local de colocação do pé no chão.</p> <p><b>07/12/2018</b></p> <p>Foi realizado treino de marcha com andarilho e apoio unilateral, tendo percorrido cerca de 20m. Apresenta descoordenação na elevação do andarilho e em alguns passos [cerca de 50%] observa-se arrastamento do pé. Verifica-se maior controlo na articulação da tibiotársica e do joelho. Em 40% dos passos</p>

					<p>observa-se marcha ceifante. Realizado treino de agachamento para fortalecimento da região dos glúteos e quadríceps [50 repetições em 5 series de 10] que o doente realiza sem apoio lateral.</p>
		<p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar, presente</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar;</li> <li>▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar [colocação de rampas, calçado mais aconselhado, material de auxílio].</li> </ul>	<p><b>02/12/2018</b> Realizada instrução ao filho do doente sobre técnica da marcha, auxiliares de marcha e marcha com apoio unilateral. O senhor aparenta ter capacidades para assistir o pai na marcha, no entanto, por se encontrar em vida ativa, refere só ter disponibilidade para executar esta tarefa no final da tarde. Programam-se mais sessões de treino.</p> <p><b>07/12/2018</b> Realizados ensino ao filho e esposa sobre adaptação do domicílio para o andar [doente tem um pequeno degrau para entrar em casa, instruída a colocação de rampa, instruído calçado facilitador da marcha]. O filho demonstra capacidade para auxiliar o pai na marcha.</p>



**Orientação pós-alta hospitalar:**

Alta hospitalar a 07.12.2018

Doente orientado para uma Unidade de Convalescença inserida na Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Aguardou cerca de uma semana no domicílio, tendo realizado uma sessão com um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

## **Apêndice VII – Processo de enfermagem I**

## **Processo de enfermagem I**

Doente do sexo masculino, 87 anos de idade, autónomo nas atividades de vida diária, incluindo higiene própria, deambulando com apoio de bengala e sem quadro demencial.

### **ANTECEDENTES PESSOAIS:**

- Neoplasia da próstata submetido a prostatectomia, com doença aparentemente controlada
- HTA
- Fibrilhação auricular
- Doença renal crónica por provável cardiopatia hipertensiva
- Insuficiência venosa dos MIs

### **HISTORIA ATUAL** (recolhido do processo clínico do utente):

“Doente no seu estado de saúde habitual até há cerca de 2 semanas, altura em que terá iniciado quadro de prostração de agravamento progressivo, tendo recorrido a médico particular (onde efetua todo o seguimento), tendo realizado controlo analítico onde se destacava quadro de disfunção renal e sinais de infeção urinária. Nesse contexto foi medicado com Cefuroxima 500 mg 12/12h, que cumpriu até dia 19/12, num total de 8 dias. A 19/12 terá iniciado quadro de maior confusão, com períodos de desorientação e prostração, ficando mais confinado ao leito.

No dia 02/01/2019 com início de queixas de dificuldade respiratória e pieira, com agravamento progressivo. No dia seguinte foi observado por médico particular no domicílio, tendo sido medicado com Amoxicilina + Ác. Clavulânico e BDs inalados. Por agravamento da dispneia e maior prostração e diminuição do débito urinário, recorre ao SU.

Iniciou empiricamente Amoxicilina + Ác. Clavulânico em contexto de provável infecção respiratória.

Doente prostrado, reativo apenas a estimulação dolorosa, sem abertura espontânea dos olhos ou resposta verbal adequada.

Não cumpria ordens e não respondia a perguntas.

Sob VNI contínua a 18|8|18|10L/min, com FR 26 cpm, SaO<sub>2</sub> 83%, com Vc na ordem dos 200-250 ml

AP: MV rude, com franca diminuição na metade inferior do hemitórax esquerdo, com fervores subcrepitantes na mesma localização.

Iniciou fluidoterapia intensiva, por baixo débito urinário desde a algáliação, com fraca resposta do ponto de vista tensional, mantendo cinética de agravamento da hipotensão e agravamento da hiperlactacidemia, pelo que houve necessidade de escalar o suporte vasopressor.

Na reavaliação gasimétrica pós fluidoterapia mantinha acidose mista de predomínio metabólico, com Lact 3.6, HCO<sub>3</sub> 13, pCO<sub>2</sub> de 64 mmHg e pH 7.06. Nesse contexto, optou-se pela VMI com tubo 8. Conectado a insuflador manual com ventilação difícil e dessaturação periférica, com SaO<sub>2</sub> mínima de 65% que condicionou bradiarritmia e PCR ( Paragem Cardiorrespiratória) em AESp, com início imediato de SBV e realização de 1 mg de adrenalina, com RCE após 1:30 min de SAV, tendo recuperado em TV com pulso, pelo que realizou novamente gluconato de cálcio 1g, sulfato de magnésio 2g e 10 U de insulina com 3F de D3%, seguida de cardioversão sincronizada com 150 J, com conversão a ritmo sugestivo de FA com bloqueio de ramo, com pulso, com posterior conversão a RS. Aspiradas secreções

abundantes, espessas e amarelas com melhoria da ventilação e saturações periféricas. Conectado em prótese ventilatória em VC 350-400, FR 20, PEEP 5 e FiO2 100%.

Realizou TC-CE que mostrou: "TC sem contraste. Incipiente leucoaraiosis. Sem evidência de lesões com efeito de massa. Sistema cisterno-ventricular e sulcos corticais permeáveis. Ausência de desvios das estruturas da linha média. Sinusopatia inflamatória etmoido-maxilar. Cavidades otomastoideas permeáveis."

TAC com angio-TC de tórax de onde se destaca: "Sem evidencia de TEP. Áreas de consolidação do parênquima pulmonar no LSD e LIE, com DP e atelectasia subjacente. Rins normais e ligeira quantidade de líquida livre intraperitoneal".

Transferido para a UCI, no dia da admissão ao SUG, com a seguinte lista de problemas:

- # Choque séptico de ponto de partida respiratório

- # FMO (Renal, CV, Respiratória)

- # Status pós-PCR em contexto de hipoxemia (1 ciclo de SAV)

- # Fibrilação auricular com resposta ventricular controlada

Na UCI manteve acidemia respiratória por broncospasmo marcado e de difícil controlo, com necessidade de sedação profunda e curarização pontual. Verificou-se melhoria do broncospasmo e normalização do pH a 28/12/2018. Por não tolerar o desmame ventilatório, realizou-se Traqueotomia cirúrgica a 4/1/2018, sem intercorrências. Depois de traqueostomizado, manteve necessidade de VM invasiva por períodos por persistência de fraqueza dos músculos respiratórios, manifestada por retenção de CO2.

Foi iniciada ventilação invasiva por períodos usando ventilador domiciliário a 8/1.

A 12/01/2019 é transferido para a UCIM tendo prescrito, períodos de ventilação espontânea, por peça em T, alternados com ventilador domiciliário (PS 10, PEEP 5, FiO2 0.21).

Está consciente, muito comunicativo e apelativo, interagindo facilmente com os cuidadores. Impossibilidade de emitir sons devido à traqueostomia não comunicante.

A tolerar dieta entérica por SNG. Apresenta disfagia que impede a deglutição oral em segurança.

Data	Diagnostico principal	Diagnostico secundário	Objetivos	Intervenções	Avaliações
15/01/2019	Limpeza das vias aéreas ineficaz [Doente traqueostomizado, conectado a ventilador domiciliário com O2 a 6l/min. Sat O2- 96%]		Facilitar a progressão das secreções desde os brônquios distais até aos brônquios principais e traqueia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar reflexo da tosse;</li> <li>• Aspirar secreções da orofaringe;</li> <li>• Aspirar secreções pelo traqueostoma;</li> <li>• Avaliar o reflexo da tosse;</li> <li>• Executar cinesiterapia respiratória;</li> <li>• Executar técnica de posicionamento;</li> <li>• Incentivar o tossir;</li> <li>• Vigiar expectoração;</li> <li>• Supervisionar ventilação.</li> </ul>	<p>15/01/2019</p> <p>AP: MV diminuído em todos os campos pulmonares. Sem RA. Apresenta reflexo da tosse ineficaz, sendo ocasionalmente realizada aspiração de secreções. Realiza aspiração da orofaringe, observando-se conteúdo proveniente da alimentação por SNG. Executada cinesiterapia respiratória com abertura costal global, técnica de compressão torácica, reeducação abdominodiafragmática posterior e reeducação das hemicupulas abdominais direita e esquerda, com subida de Sat O2 para os 100%.</p>

					<p>Incentivada tosse que o doente não consegue cumprir a técnica.</p> <p>Realizado levante para o cadeirão, com o objetivo de promover a tosse e a mobilização de secreções. Doente tolerou por cerca de 2 h.</p>
15/01/2019	Movimento muscular comprometido, diminuído.	<p>Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular, ausente</p> <p>Potencial para melhorar capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular, ausente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter a integridade das estruturas articulares;</li> <li>➤ Manter a amplitude de movimentos;</li> <li>➤ Conservar a flexibilidade prevenindo a instalação do padrão espático e ombro doloroso;</li> <li>➤ Evitar aderências e contraturas musculares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar força muscular;</li> <li>• Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido;</li> <li>• Monitorizar força muscular através da Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC-Medical Research Council);</li> <li>• Supervisionar o movimento muscular.</li> </ul>	<p>15/01/2019</p> <p>Doente apresenta força conservada em todos os segmentos corporais, avaliada na escala de MRC com 3/5.</p> <p>Mantem amplitude de movimentos em todos os segmentos corporais, exceto no membro inferior direito, na flexão do joelho com diminuição da amplitude desde movimento.</p> <p>No membro inferior direito observa-se discreta diminuição do</p>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar a circulação de retorno;</li> <li>➤ Evitar a perda de massa óssea resultante da imobilidade;</li> <li>➤ Manter a imagem psico-sensorial e psico-motora.</li> </ul>		<p>perímetro da coxa face ao membro esquerdo. Mantem controlo e coordenação em todos os movimentos realizados pelos vários segmentos corporais. Executada técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido, não se observando alterações significativas no ritmo cardíaco e nas saturações periféricas.</p>
--	--	--	--	--	--

**Apêndice VIII – Plano de sessão “Uma conversa  
entre colheradas”**

## Plano de sessão

Tema: Uma conversa entre colheradas – Tabagismo

Destinatários: Pessoal docente e não docente de uma Escola Secundária

Data: 15 de novembro de 2018

Tempo Previsto: 60 min

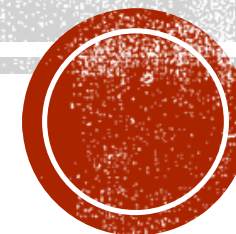
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégias e Metodologias	Recurso Materiais	Tempo
Aumentar os conhecimentos sobre adição e evicção tabágica	Sensibilizar para a importância da problemática do tabagismo	Estatísticas sobre consumo e efeitos secundários do uso de tabaco a nível mundial e nacional	Expositivo e interrogativo	Oralidade	2min
	Demonstrar que o tabagismo é uma doença; Demonstrar que a constituição do fumo do cigarro; Sensibilizar para o tabaco como um fator de risco sistémico.	Classificação de tabagismo como um transtorno mental e comportamental devido ao uso do fumo; Caracterização dos diferentes tipos de dependência causado pelo consumo de tabaco; Visualização de vídeo com experiencia; Caracterização da substancias que compõe o fumo do cigarro; Caracterização do tabagismo como fator de risco para diferentes patologias.	Expositivo	Vídeo + oralidade	15 min
	Responder a algumas duvidas sobre o uso recente da nicotina	Fumar tabaco de enrolar é menos prejudicial? Fumar 2 a 4 cigarros não faz mal a ninguém? O cigarro eletrónico faz menos mal ao fumador ativo e passivo? Tabaco aquecido não faz mal?	Expositivo/interrogativo	Oralidade	10 min
	Sensibilizar para a existência de tratamento farmacológico	Substitutos da Nicotina Vareniclina Bupropiom	Expositivo	Oralidade	5 min

	Sensibilizar para a importância do exercício físico no processo de cessação tabágica	Apresentação da revisão scoping Principais conclusões			10 min
	Mostrar um fator de motivação para iniciar o processo de cessação tabágica	Recursos económicos			2min
	Avaliação da sessão	Tabagismo habito ou doença? Idade ideal para desabitação tabágica? Para além das alterações comportamentais e da terapêutica que mais podem ser recurso num processo de desabitação tabágica?			5min

**Apêndice IX – Apresentação “ Uma conversa  
entre colheradas”**

# UMA CONVERSA ENTRE COLHERADAS

Tabagismo



Discente - Enf<sup>a</sup> Carla Mateus  
Orientadora  
Prof<sup>o</sup> Orientador Joaquim Paulo Oliveira

## MONITORING THE PREVALENCE OF TOBACCO USE – HIGHEST ACHIEVING COUNTRIES, 2016

- 1,1 bilhões de fumadores
- 1 pessoa morre a cada 6 segundos
- 100 milhões de pessoas morreram no séc. XX
- O consumo de tabaco custa ao mundo cerca de US \$ 500 bilhões por ano



Countries with the highest level of achievement: Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaijan, \* Barbados, Belgium, Bhutan, Brazil, \* Brunei Darussalam, \* Bulgaria, Cabo Verde, Cambodia, Canada, Chile, Colombia, Cook Islands, Costa Rica, Croatia, Czechia, Denmark, Egypt, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Indonesia, \* Iran (Islamic Republic of), Ireland, Italy, Japan, Kazakhstan, Kuwait, Lao People's Democratic Republic, \* Latvia, Lebanon, Lithuania, Luxembourg, Malaysia, Malta, Mongolia, Myanmar, Netherlands, New Zealand, Norway, Pakistan, Palau, Panama, Philippines, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Korea, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Singapore, Slovakia, Slovenia, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Thailand, Turkey, Uganda, Ukraine, United Kingdom, United States of America, Uruguay, and Viet Nam.

\* Country newly at the highest level since 31 December 2014.

**5,800,000,000,000** cigarros  
em 2014

(Fonte: O.M.S-2016)



## 1 EM CADA 5 PORTUGUESES FUMA

População residente, 15 ou mais anos, 2014



**20%**

da população residente  
com 15 ou mais anos fuma



3/10

**1.155.611 Homens fumadores**  
27,8%



1/10

**624.883 Mulheres fumadoras**  
13,2%

## 10% DAS MORTES EM PORTUGAL SÃO DEVIDAS AO TABACO

Mortes atribuíveis ao tabaco, todas as idades, estimativas, 2016

**1 em cada 10  
mortes/ano  
é atribuída  
ao Tabaco**



**1 morte  
a cada  
50 minutos**



9.263  
**16,4%**



2.581  
**4,7%**

**Total de mortes**

## O TABACO CONTRIBUI PARA A MORTE POR DIVERSAS DOENÇAS

Mortes atribuíveis ao tabaco, todas as idades, estimativas, 2016



**5.545  
por cancro**  
(19,5% das mortes  
por esta causa)



**3.109  
por doenças  
respiratórias  
crónicas**  
(46,4% das mortes  
por esta causa)



**2.165  
por doenças  
cérebro e  
cardiovasculares**  
(5,7% das mortes  
por esta causa)



**805  
por infeções  
respiratórias**  
(12,0% das mortes  
por esta causa)



**227  
por diabetes**  
(2,4% das mortes  
por esta causa)

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), GBD Compare [Internet] Data Visualization, Seattle, WA, IHME, University of Washington, 2016  
Consult, 2017,29 set; Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>  
Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014





1992  
O.M.S

## CID 10

### Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

---

F10.- devidos ao uso de álcool

---

F11.- devidos ao uso de opiáceos

---

F12.- devidos ao uso de canabinóides

---

F13.- devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

---

F14.- devidos ao uso da cocaína

---

F15.- devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

---

F16.- devidos ao uso de alucinógenos

---

F17.- devidos ao uso de fumo

---

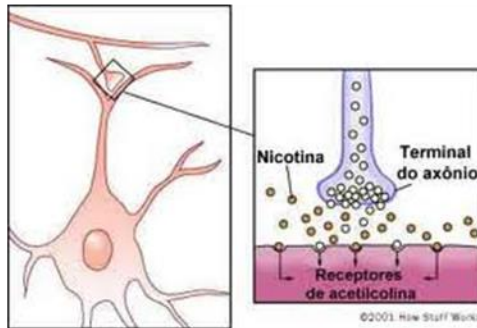
F18.- devidos ao uso de solventes voláteis

---

F19.- devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas



# DEPENDÊNCIA FÍSICA



- Prazer
- Energia
- Redução do apetite
- Melhoria cognitiva
- Melhoria da memória
- Modulação do humor
- Diminuição da ansiedade e da tensão

Quanto mais se fuma mais receptores são produzidos  
Quando se deixa de fumar os receptores não desaparecem  
Quando não se ingere nicotina o corpo produz síndrome de abstinência



# DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA



Sem fumar não me consigo concentrar.  
Como vou passar por uma época de exames sem fumar, é  
muita pressão.

A maior parte da população mundial não fuma



# DEPENDÊNCIA COMPORTAMENTAL



Pais fumadores



Amigos fumadores



Namorada(o)  
fumador



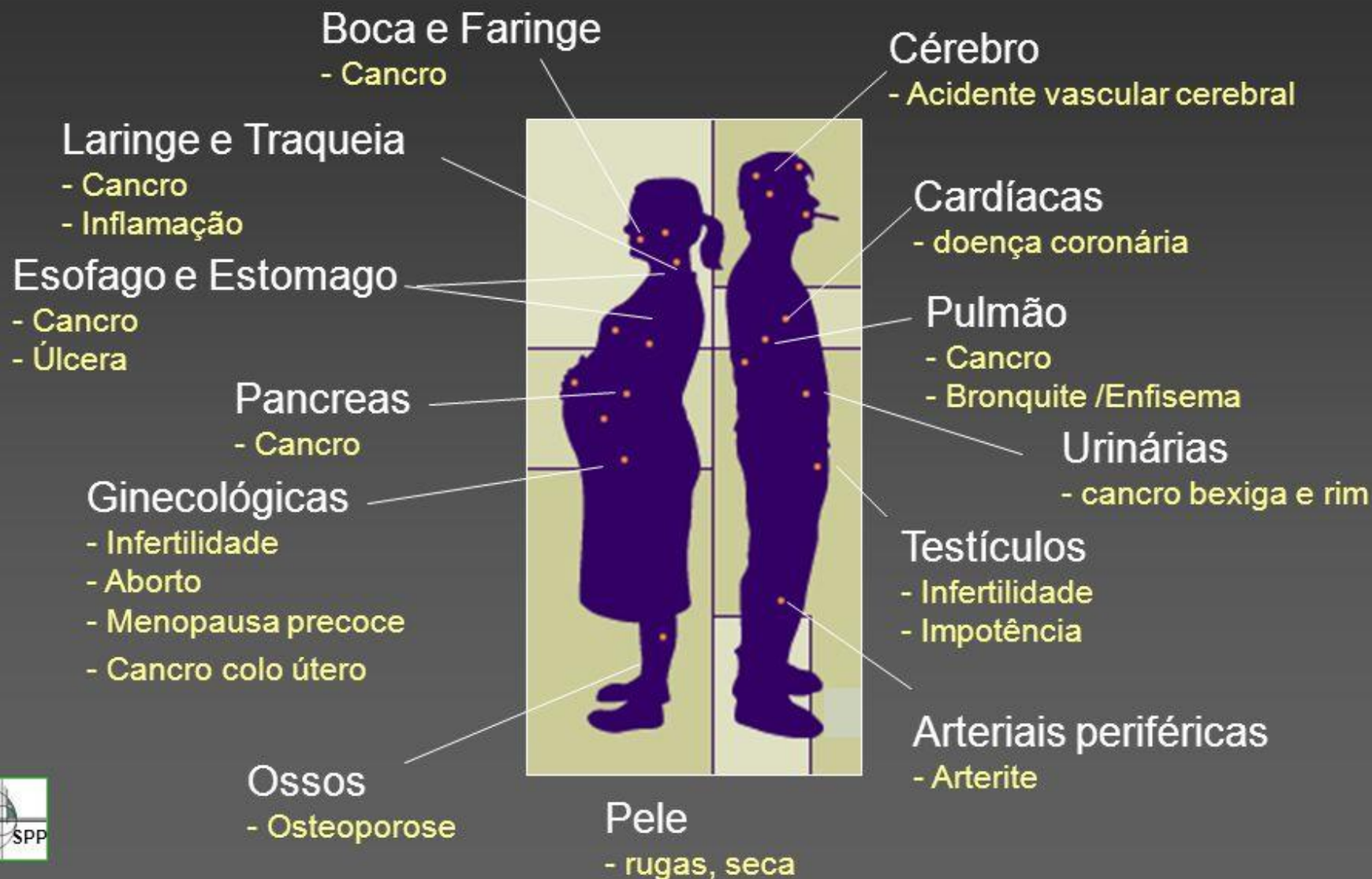








# Doenças relacionadas com tabagismo



# FUMAR TABACO DE ENROLAR É MENOS PREJUDICIAL?

**Verdadeiro ou falso?**

**Falso** - o tabaco de enrolar é mais prejudicial do que o tabaco de maço, uma vez que o primeiro pode conter uma maior percentagem de níveis de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono, estando mesmo associado a um maior risco de cancro da boca, laringe, faringe e pulmão





# FUMAR 2 A 4 CIGARROS NÃO FAZ MAL A NINGUÉM? VERDADEIRO OU FALSO?

Falso - Fumar muito ou fumar pouco parece não fazer diferença. Um novo estudo britânico mostra que até quem fuma apenas um cigarro por dia pode ter uma probabilidade cerca de 50% superior de vir a ter problemas cardíacos



# O CIGARRO ELETRÔNICO FAZ MENOS MAL AO FUMADOR ATIVO E PASSIVO? VERDADEIRO OU FALSO?

Nim - O cigarro eletrônico é ainda recente e a sua composição varia conforme o fabricante, pelo que se torna difícil conhecer já todos os efeitos na saúde do indivíduo. Há, ainda, muito a estudar sobre este assunto



# TABACO AQUECIDO NÃO FAZ MAL? VERDADEIRO OU FALSO?

Nim - Segundo a empresa o fumo libertado pelo aquecimento do tabaco a 400 graus centígrados tem menos de 90 a 95% de substâncias prejudiciais que se encontram no cigarro tradicional, no entanto, o consumo de nicotina produz efeito a nível do sistema nervoso central e cardiovascular, o que pode levar à morte



# TRATAMENTO

## Substitutos da Nicotina

A terapêutica de substituição da nicotina (TSN) consiste na reposição da dose diária de nicotina habitualmente consumida.

O fumador consome, em média, 1mg a 1,5 mg de nicotina por cigarro.

Existem fórmulas de administração por via oral (pastilhas e comprimidos de chupar, gomas de mascar, películas orodispersíveis), ou por via transdérmica (adesivos), em diferentes dosagens



# TRATAMENTO



## Vareniclina

Duplo efeito: a presença de nicotina faz menos efeito e o doente não sente a falta da nicotina

## Bupropiom

Não capta os neurotransmissores produzidos pelo consumo da nicotina



# QUAIS OS EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA E/OU EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS NUM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA?

O objetivo **major** da presente revisão *scoping* é:

- ❖ Mapear a evidência científica existente sobre a influência de atividade física e/ou de exercícios respiratórios, num programa de cessação tabágica.

Os objetivos **secundários** desta revisão *scoping* são:

- ❖ Identificar os benefícios para o sucesso do programa de cessação tabágica;
- ❖ Identificar alguns exercícios realizados incluídos nos programas de cessação tabágica;
- ❖ Aumentar conhecimentos sobre programas de cessação tabágica.



# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- ✍ A atividade física constitui uma forma de potenciar resultados positivos, espelhados na taxa de cessação tabágica quando associado a produtos substitutos da nicotina;
- ✍ A redução do Cortisol experimentado pelos fumadores no primeiro dia de abstinência pode ser atenuada pelo exercício vigoroso;
- ✍ Observadas semelhanças entre os efeitos da nicotina e os efeitos do exercício sobre a Neuroadrenalina, envolvida no comportamento viciante e na regulação do humor;



# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- ✍ Não existem diferenças significativas no tratamento induzido pelo exercício, entre os tipos de exercício (exercícios aeróbicos versus exercício mente-corpo, incluindo Tai Chi Chuan, Qigong e Yoga), nem entre diferentes níveis de intensidade física (baixo, moderado e alta intensidade)
- ✍ Análises secundárias sugerem que o efeito positivo da yoga na cessação tabágica pode ocorrer via redução dos sintomas negativos associados a deixar de fumar, diminuição do *stress* e cigarro *craving* e melhorando o humor e percepção de qualidade de vida;





# ULTIMA MOTIVAÇÃO

Se um maço custa 3,80€

Fuma 1 maço por dia – custa por semana:  $7 \times 3,80 = 26,6\text{€}$

Num mês –  $3,80 \text{ €} \times 31 \text{ dias} = 117,80 \text{ €}$

Num ano –  $3,80 \text{ €} \times 365 \text{ dias} = 1387\text{€}$  por ano!!!



# A ÚNICA FORMA SEGURA DE FUMAR É NÃO FUMAR

Os cigarros (normais, light, slim ou de mentol), cigarilhas, cigarros eletrônicos, tabaco de enrolar, tabaco em pó ou cachimbos de água são prejudiciais à saúde.

**Se fuma e quer parar, contacte o seu médico.**



**31 MAIO**

**DIA MUNDIAL SEM TABACO.**

*"O objetivo último do Dia Mundial Sem Tabaco é contribuir para proteger as gerações presentes e futuras, não só das consequências devastadoras para a saúde devidas ao tabaco, mas também dos flagelos sociais, ambientais e económicos do uso do tabaco e da exposição ao fumo do tabaco."*

**Organização Mundial de Saúde**

**SAIBA MAIS EM:** [www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes uteis/deixar-de-fumar/deixar-de-fumar.htm](http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes uteis/deixar-de-fumar/deixar-de-fumar.htm) • [www.exsmokers.eu/pt-pt/](http://www.exsmokers.eu/pt-pt/) • [www.europeanlung.org/en/projects-and-research/projects/smokehaz/home](http://www.europeanlung.org/en/projects-and-research/projects/smokehaz/home)



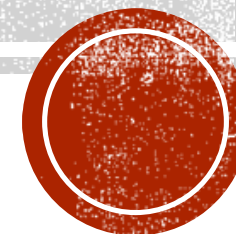


**Obrigada**



# UMA CONVERSA ENTRE COLHERADAS

Tabagismo



Discente - En<sup>fa</sup> Carla Mateus  
Orientadora –  
Prof<sup>o</sup> Orientador Joaquim Paulo Oliveira

**Apêndice X – Cartaz de divulgação “ Sessão  
Multidisciplinar”**

# **SESSÃO DE FORMAÇÃO**

TEMA:

## **ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA CESSAÇÃO TABÁGICA**

**FORMAÇÃO DIA 24/01/2019**

**14:30H – 15:30H**

**SERVIÇO DE MEDICINA – PISO 3**

**Sala de Sessões**



**Enf.<sup>a</sup> Carla Costa**

## **Apêndice XI – Plano de sessão multidisciplinar**

# Plano de Sessão

**Tema:** Cuidar da Pessoa em Processo de Cessação Tabágica: Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação

**Destinatários:** Médicos e enfermeiros do Serviço de Medicina Interna

**Local:** Serviço de Medicina - Piso 3

**Data:** 24/01/2019

[illegible]



		farmacológicas, de suporte num processo de desabituação tabágica.				
--	--	--	--	--	--	--

**Apêndice XII – Apresentação sessão  
multidisciplinar**



# **CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE CESSAÇÃO TABÁGICA:** *INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Orientador: Profº Joaquim Paulo Oliveira

Orientador de estágio:

Discente: Carla Mateus

1992  
O.M.S

## CID 10

### Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10.- devidos ao uso de álcool

F11.- devidos ao uso de opiáceos

F12.- devidos ao uso de canabinóides

F13.- devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14.- devidos ao uso da cocaína

F15.- devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

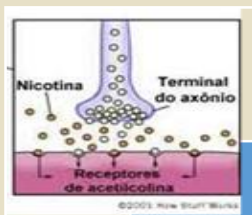
F16.- devidos ao uso de alucinógenos

F17.- devidos ao uso de fumo

F18.- devidos ao uso de solventes voláteis

F19.- devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

# TIPOS DE DEPENDÊNCIA



## FÍSICA

- Prazer
- Energia
- Redução do apetite
- Melhoria cognitiva
- Melhoria da memória
- Modulação do humor
- Diminuição da ansiedade e da tensão



## PSICOLÓGICA

- Apoio na realização de determinadas tarefas
- “Amigo” que sempre esteve presente



## COMPORTAMENTAL

- Familiares
- Amigos
- Relacionamentos

# PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO:



**Quais os efeitos da atividade física e/ou exercícios respiratórios num programa de cessação tabágica?**



O objetivo **principal** da presente revisão *scoping* é:

- ❖ Mapear a evidência científica existente sobre a influência de atividade física e/ou de exercícios respiratórios, num programa de cessação tabágica.

Os objetivos **secundários** desta revisão *scoping* são:

- ❖ Identificar os benefícios para o sucesso do programa de cessação tabágica;
- ❖ Identificar alguns exercícios realizados incluídos nos programas de cessação tabágica;
- ❖ Aumentar conhecimentos sobre programas de cessação tabágica.

# CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

## Tipo de Participantes:

Todos os estudos que integrem participantes fumadores que se encontrem em processo de **cessação tabágica** voluntariamente ou involuntariamente, **independentemente** de género, raça, faixa etária, cultura e etnia, **com ou sem patologia respiratória** diagnosticada.

**Exclui** estudos realizados em população de fumadores com **doença mental** diagnosticada



# CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

## Conceito:

Considerou-se por **atividade física**, ações que possibilitem a movimentação do corpo independentemente da sua intensidade.

Considerou-se por **exercícios respiratórios**, uma reeducação funcional respiratória que fosse sustentada na dissociação dos tempos respiratórios e na consciencialização da respiração

# CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

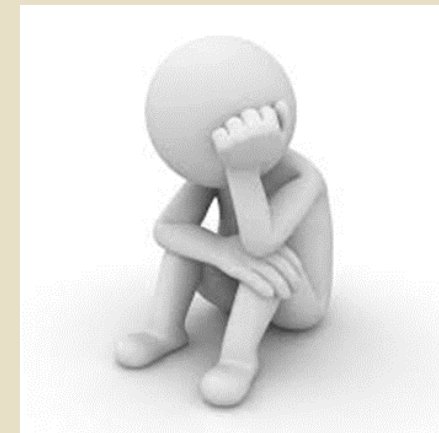
## Contexto:

Os indivíduos podiam ser acompanhados em **meio hospitalar**, nos **cuidados de saúde primários** e em regime de ambulatório ou só em **contexto científico**

# Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos

Foram considerados para inclusão:

- ❖ estudos em inglês, português e espanhol;
- ❖ publicados entre os anos de 2012 e 2018;
- ❖ *Full-Text*.



# Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos

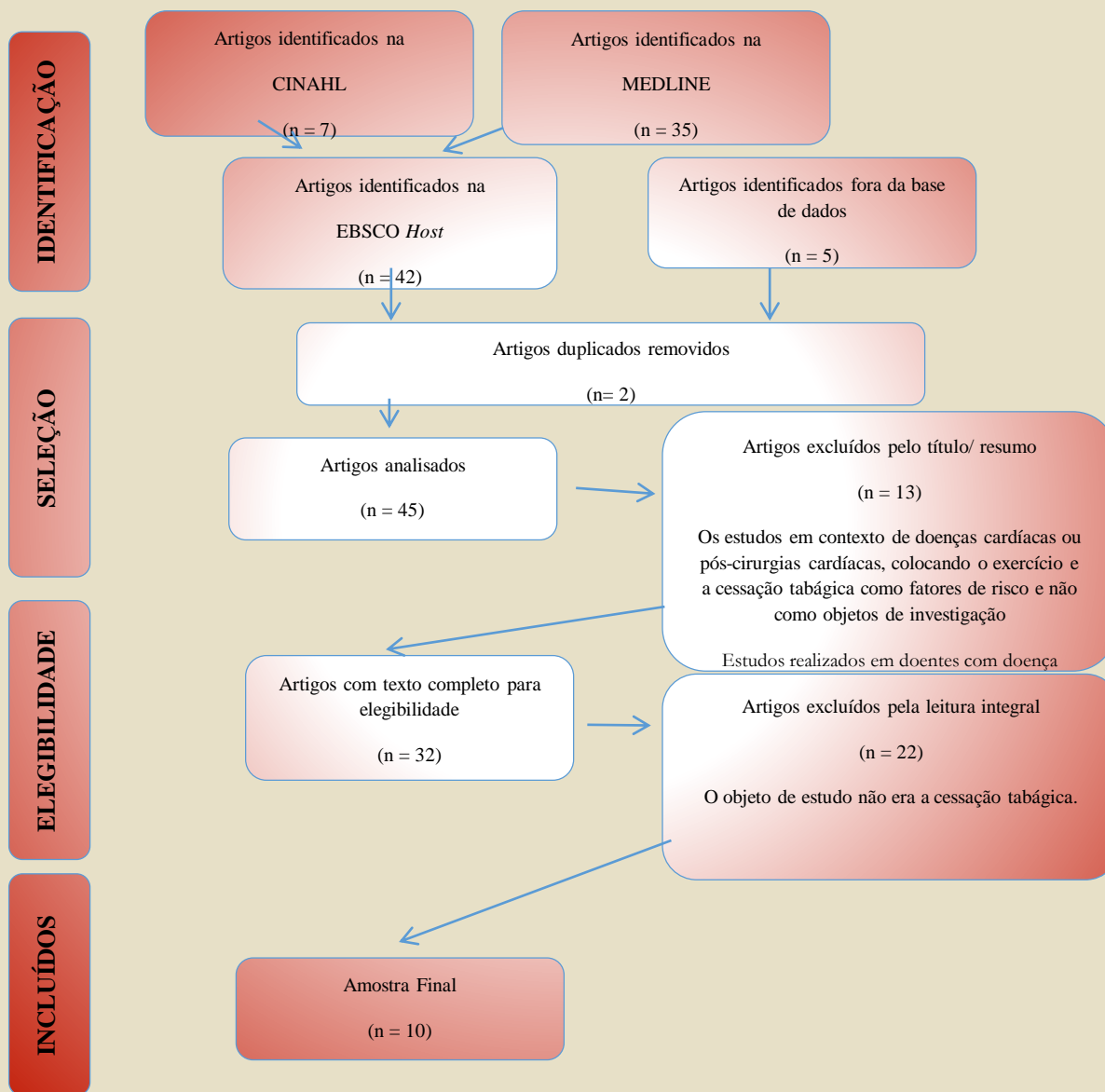
Termos indexantes:

- ❖ *Smoking cessation;*
- ❖ *Tobacco Use Cessation Products;*
- ❖ *Smoking Cessation Programs;*
- ❖ *Breathing Exercíses;*
- ❖ *Exercíses;*
- ❖ *Therapeutic Exercíses*



operadores booleanos **and** e **or**



## Fluxograma Prisma




# QUADRO DE LEITURA

Titulo	Autores	Ano	Tipo de estudo	População	Conceito	Contexto	Conclusões

# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



-  São estudos à escala mundial, provêm de origens distantes como a Nova Zelândia, o Canadá, o Reino Unido ou Shanghai;
-  São estudos na sua maioria académicos, duas revisões da literatura e apenas um em contexto de consulta hospitalar intensiva de desabituação tabágica;

# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS


 Os 10 estudos que foram incluídos nesta revisão *scoping*, são unânimes em atribuir ao exercício físico e ao exercício respiratório, separadamente ou concomitantemente, uma conotação positiva num programa de cessação tabágica, quer numa fase inicial do processo de abstinência quer no *follow-up* a médio e longo prazo (3, 6 e 12 meses).



# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

-  A atividade física constitui uma forma de potenciar resultados positivos, espelhados na taxa de cessação tabágica quando associado a produtos substitutos da nicotina;
-  A redução do Cortisol experimentado pelos fumadores no primeiro dia de abstinência pode ser atenuada pelo exercício vigoroso;



# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

 Observadas semelhanças entre os efeitos da nicotina e os efeitos do exercício sobre a Neuroadrenalina, envolvida no comportamento viciante e na regulação do humor;




Fonte: Google

# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

-  Os níveis de Leptina são reduzidos com o exercício físico e consequentemente, pela forma como atua a nível cerebral, permite reduzir o ganho ponderal;
-  Não existem diferenças significativas no tratamento induzido pelo exercício, entre os tipos de exercício (exercícios aeróbicos versus exercício mente-corpo, incluindo Tai Chi Chuan, Qigong e Yoga), nem entre diferentes níveis de intensidade física (baixo, moderado e alta intensidade).

# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

 Análises secundárias sugerem que o efeito positivo da yoga na cessação tabágica pode ocorrer via redução dos sintomas negativos associados a deixar de fumar, diminuição do *stress* e cigarro *craving* e melhorando o humor e percepção de qualidade de vida;



# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

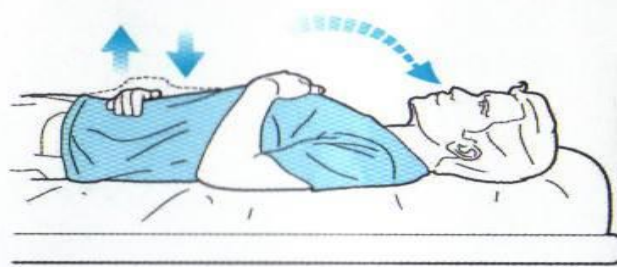
3 estudos atribuíram valor terapêutico à dissociação dos tempos respiratórios e à respiração diafragmática.

**Agora que sei que a diafragmática é a melhor, como colocá-la em prática?**

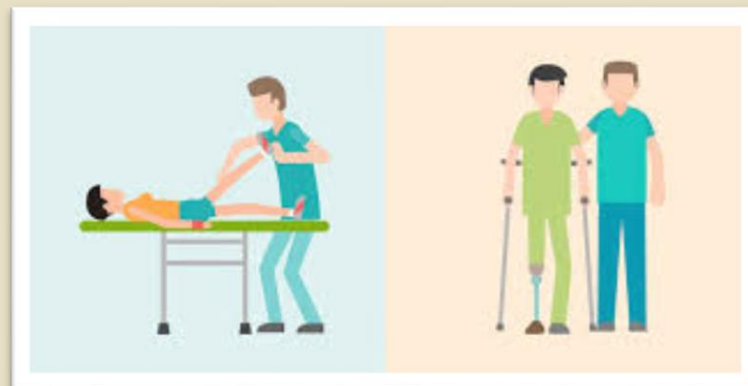
**1** Deitado coloque uma mão na barriga, logo acima do umbigo, e a outra no peito



**2** Inale lentamente, procurando fazer de sua barriga um balão expandindo-se. A mão da barriga sobe e desce, e a mão do tórax deve se mexer bem pouco



Fonte: Google



Pela formação que vai adquirindo ao longo da carreira profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, consegue associar as recomendações terapêuticas, os conselhos comportamentais, com sugestões psicológicas, com indicações nutricionais, com estímulos motores e respiratórios, alicerçando-se num cuidado centrado na pessoa.





# **CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE CESSAÇÃO TABÁGICA:** *INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Orientador: Profº Joaquim Paulo Oliveira

Orientador de estágio:

Discente: Carla Mateus

## **Apêndice XIII – Jornal de aprendizagem I**





## JORNAL DE APRENDIZAGEM I

O Srº C é um utente com 75 anos de idade. Com antecedentes pessoais de AVC isquémico em 2013, AVC hemorrágico em março de 2017 da região do tálamo à direita com sequelas de hemiparésia à esquerda, HTA medicada, Dislipidémia medicada, Doença Renal Crónica não vigiada, acidente de trabalho em 2003 com lesão esfacelar na perna esquerda e Stress pós-traumático de guerra. Não fumador. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Nega hábitos excessivos no consumo de bebidas alcoólicas.

Vígil (escala de Glasgow de 15), orientado no espaço, na pessoa e no tempo. Apresenta comportamentos mínimos mantidos. Bom estado geral e nutricional, pele e mucosas coradas e hidratadas. Discurso ligeiramente lentificado. Totalmente dependente nas atividades de vida diárias segundo a escala de Barthel (15). Consegue alimentar-se oralmente com a mão direita, tem acidentes ocasionais de incontinência fecal e vesical, pelo que utiliza fralda. Rotina intestinal mantida de 1 vez por dia.

Mantém levante diário, com ajuda total da cuidadora, para a cadeira de rodas onde permanece a maior parte do tempo. Tem colchão de pressão alternada, cadeira de rodas e mesa de trabalho para adaptar à cadeira de rodas. Apresenta risco moderado de ulcera de pressão (score 13 na escala de Braden)

Apresenta hemiparesia à esquerda, escala de Lower de 0/5 para todos os segmentos do hemicorpo, coadjuvado com ausência da sensibilidade superficial e profunda. O hemicorpo direito apresenta uma escala de Lower 4/5 em todos os segmentos. Não se observa equilíbrio estático. Baixo risco de queda com score na escala de Morse de 15.

Apresenta espasticidade no hemicorpo esquerdo, com score da escala de Ashworth Modificada de 4 nos vários segmentos e no hemicorpo direito de 0 nos vários segmentos.

Observada negligência do hemicorpo esquerdo acentuada.

Vive em casa térrea, com a esposa, tem apoio de uma filha e de uma cuidadora durante o período diurno. Zona exterior da casa em terra batida.

Após o último AVC esteve institucionalizado numa Unidade de Convalescença, com poucos benefícios na recuperação da funcionalidade do lado mais afetado.

Após a alta da Unidade de Convalescença, permanecer em Lar de acolhimento, do qual a família decidiu retirar o utente por aparentes cuidados insuficientes.

Referenciado para a UCC em outubro de 2018.

Foi realizada uma primeira visita de avaliação e a enfermeira orientadora incumbiu-me de esboçar um plano para este utente. Assim identifiquei:

1. A necessidade de capacitar os cuidadores na prevenção e despiste precoce de complicações relacionadas com a imobilidade (ulceras de pressão, rigidez articular, infeções respiratórias, obstipação, risco de queda, disfagia, posicionamentos em padrão antispástico, treino intestinal, facilitação cruzada, risco de queimadura, estimulação cognitiva)
2. A necessidade de aconselhamento sobre produtos de apoio;
3. A necessidade de promover maior autonomia do utente (transferências, rolar no leito para o lado menos lesado)
4. Gestão do regime terapêutico,
5. Avaliar barreiras arquitetónicas,
6. Programa de Reabilitação psicomotora e respiratória,
7. Integração do cuidar do utente nas rotinas diárias da família.

E com base nestes objetivos iniciamos a realização de visitas bissemanais onde efetuamos exercícios de reabilitação Funcional Respiratória com o objetivo de manter/aumentar a amplitude torácica e fortalecimento da musculatura acessória da respiração, realizando alinhamento corporal, dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semi-cerrados, reeducação diafragmática com e sem resistência e reeducação das hemicúpulas diafragmáticas, e reeducação costal global e seletiva, esta última com e sem resistência. Reabilitação Funcional Motora com mobilizações passivas dos diversos segmentos do hemicorpo esquerdo, com o objetivo de diminuir a espasticidade, manter as amplitudes articulares e aumentar a amplitude articular no movimento de abdução no membro inferior esquerdo; mobilizações ativas do hemicorpo direito com o objetivo de aumentar a força muscular, realização do exercício da ponte. Treino de equilíbrio sentado, estático e dinâmico, com o objetivo de aumentar a autonomia nas transferências da cama para a cadeira. Reabilitação

Funcional Cognitiva com o objetivo de promover a neuroplasticidade face ao hemicorpo mais afetado, nomeadamente com facilitação cruzada, exploração visual e exercícios de estimulação cognitiva.

Na terceira visita fui eu que realizei os exercícios, com supervisão da enfermeira orientadora, exceto os de treino de equilíbrio.

Acontece que no início desta terceira visita, o senhor estava muito contente com o facto de ter começado a sentir algum “formigueiro” no membro superior e inferior no hemicorpo mais afetado. Enquanto executava as mobilizações passivas, tentei estimular a sensibilidade dolorosa e de pressão, de forma a aferir a informação transmitida pelo utente, e o senhor lá ia dando umas respostas quase certas e outras completamente erradas, nomeadamente sobre o local onde eu tinha as minhas mãos ou sobre a ação que estava a fazer na ocasião.

A enfermeira responsável explicou-me que até sensivelmente ao ano e meio após o AVC, o doente possui ainda algum potencial de recuperação e durante todo o tempo que estivemos em contacto com a cuidadora e com o utente coadjuvámos a ideia do “formigueiro”.

Em conversa no carro após a saída da casa do senhor, reconhecemos que a sensibilidade que o senhor diz ir aumentando, pelos testes não se verifica e que os nossos objetivos de ação têm de ser reais, sem falsas esperanças, mas e tão importante como a anterior, sem matar a esperança que o utente possui.

Esta balança de dois pratos é uma negociação difícil no papel da enfermeira de reabilitação.

A palavra esperança provem da palavra do Latim *sperantia*, que por sua vez provinha da palavra *sperāre*, que significava esperar. Segundo o dicionário esperança significa “confiança em conseguir o que se deseja” (Infópedia, 2018).

Esta definição do dicionário simples e objetiva, não espelha a complexidade do conceito, se entendido não apenas como um sentimento individualizado e subjetivo, mas também como um componente essencial da prática clínica.

Na realidade dos cuidados de saúde, o conceito de esperança aparece frequentemente associado à comunicação entre o profissional de saúde e o doente, e mais especificamente à informação transmitida e ao modo como a informação é transmitida.

À esperança é conferido um domínio terapêutico: é mais forte que o optimismo, e constitui um mecanismo de “*coping*” significativo, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual.

Querido, 2005 citando Brody, 1981 reconhece aos profissionais da área da saúde uma grande capacidade de influenciar as ideias e emoções dos doentes, de forma positiva ou negativa.

Segundo o mesmo autor citado por Querido (2005) “a dicotomia ou o dilema entre a manutenção da esperança e a transmissão da verdade, não existe: Não há nenhum conflito entre o dever moral de preservação da esperança, e o dever de respeitar os doentes como seres humanos adultos, a quem é devida a informação necessária à livre tomada de decisões acerca das suas vidas” (Querido, 2005.pag.27).

Em meu entender esta afirmação não é assim tão linear. O direito à verdade e à total informação é universal. Mas esta verdade tem que ser oferecida recheada de esperança, de modo a que o doente utilize esta esperança como alavanca na sua recuperação.

A informação fornecida e as consequentes estratégias de resolução de problemas, devem ser desenvolvidas em parceria com o utente, respeitando os princípios, normas e valores deontológicos, associados à melhor evidência científica.

Segundo Querido, 2005 citando Pacheco, 2002 na relação informação / esperança, em doentes oncológicos:

“o que prevalece como regra é nunca mentir nem dar falsas esperanças de cura. (...). É sobretudo necessário tranquilizar sempre e nunca retirar a esperança ao doente, transmitindo-lhe quer por palavras, quer por atitudes, (...); que será sempre acompanhado por profissionais competentes empenhados em atender as suas necessidades; que será feito, dentro do possível tudo o que for humanamente importante para ele; e que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua vontade” (Pacheco, 2002, p.96).

No caso do Srº C o importante será manter os objetivos reais ou até um pouco abaixo do potencial que podemos atualmente reconhecer nele. Faze-lo trabalhar afincadamente nos exercícios não lhe dando falsas expectativas.

O objetivo é promover capacidades adaptativas, que possibilitem otimizar e/ou reeducar as funções motora e cognitiva, de forma a que as suas limitações de mobilidade se insiram nas suas atividades de vida diárias e na rotina diária da sua família.

Penso com este jornal de aprendizagem ter demonstrado me encontrar no caminho de forma a conseguir alcançar a primeira Competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente nas unidades de competências J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações da atividade e incapacidades. Na unidade de competências J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. E na unidade de competência J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Sempre pautada pelo domínio A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

<https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/120/1/A%20Esperan%C3%A7a%20em%20Cuidados%20Paliativ.pdf>, acedido a 20/10/2018

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf), acedido a 20/10/2018

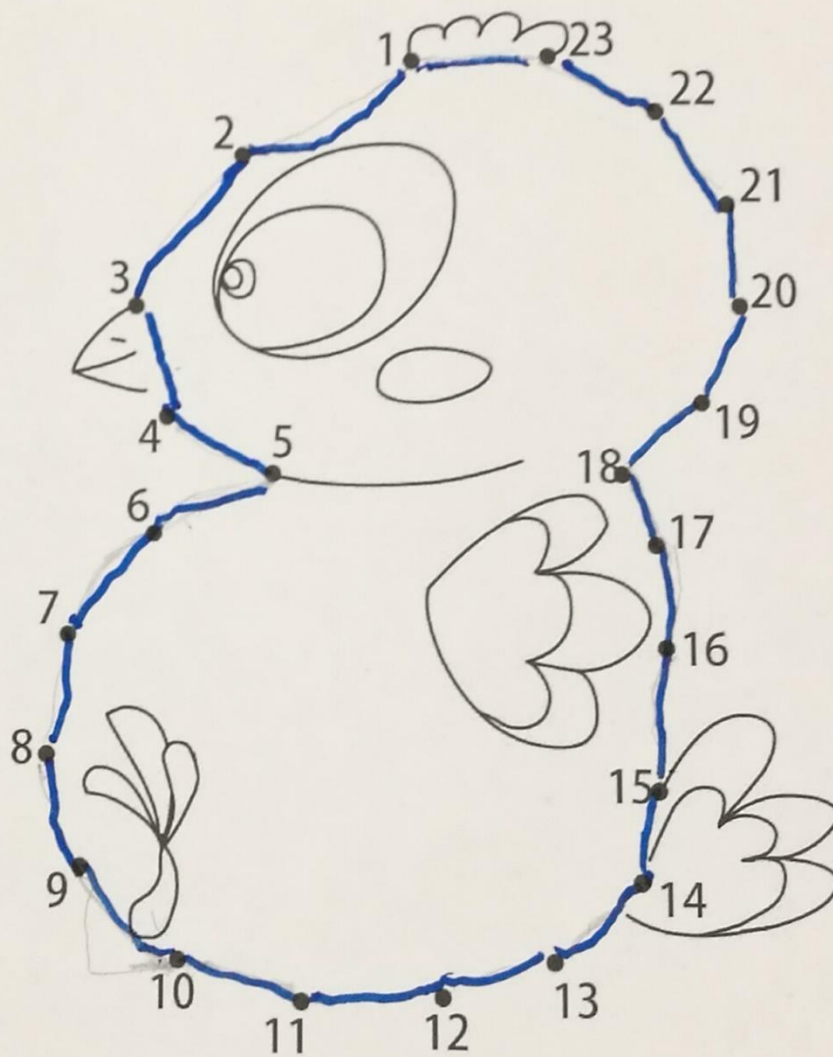
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf), acedido a 20/10/2018

## **Apêndice XIV – Exercícios de estimulação cognitiva**



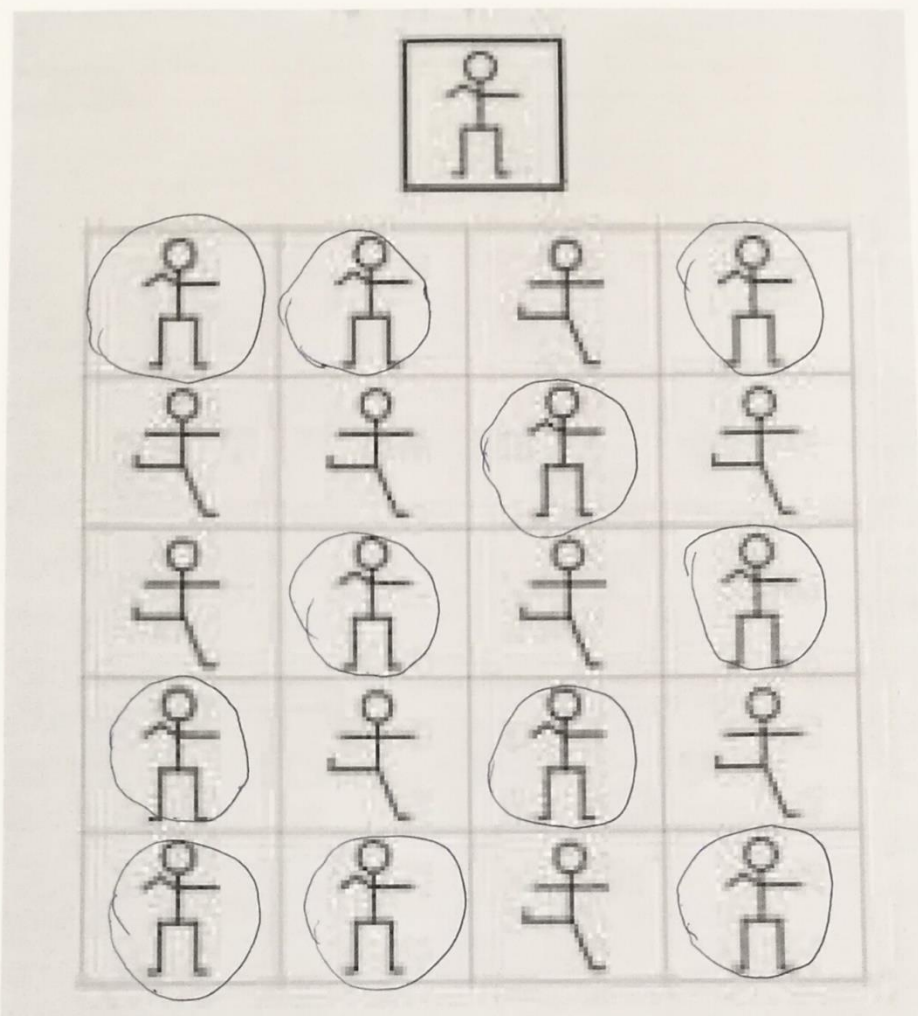


**Ligue** os pontos por ordem de 1 a 23 e descubra a imagem *pinto pinto*

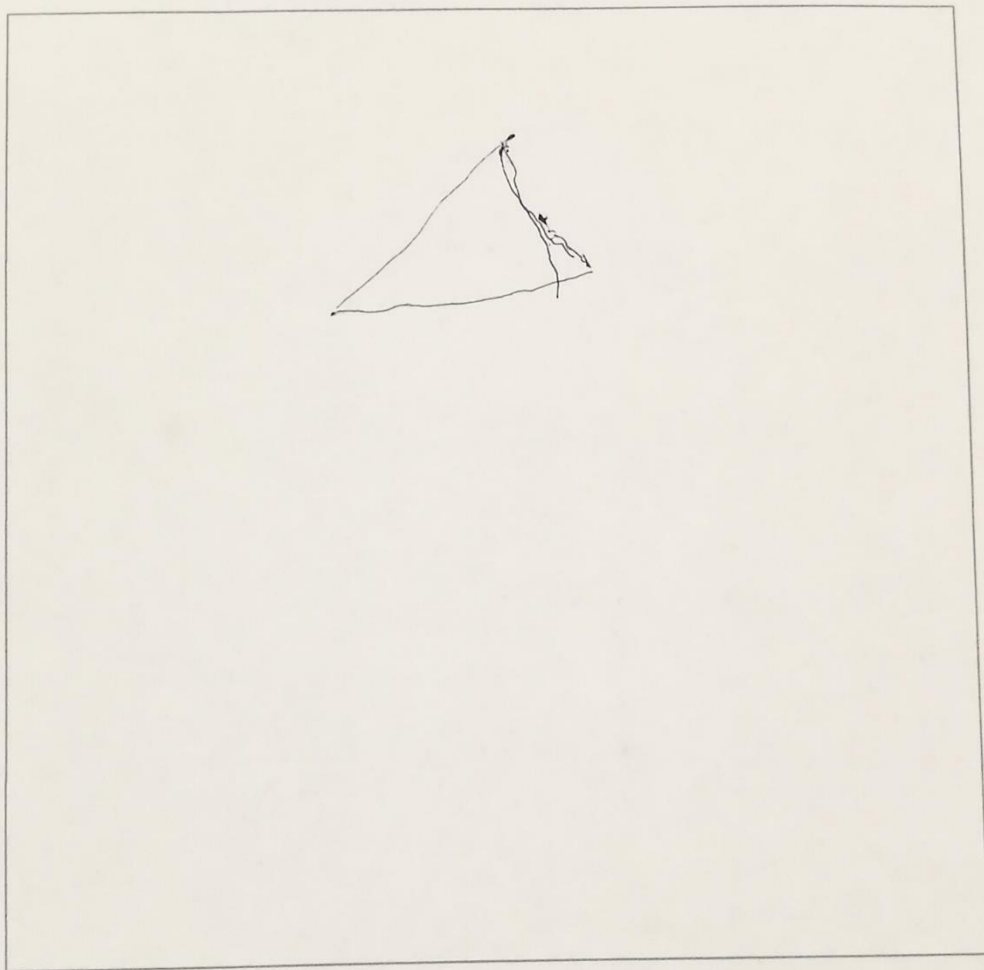
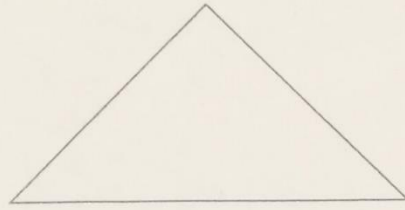


## Memoria

Faça um circulo em torno das imagens que são iguais ao modelo:



Desenhe um triângulo dentro do quadrado apresentado abaixo:



**Apêndice XV – Plano de sessão “Cuidar da  
pessoa com diagnóstico de demência”**

## PLANO DE SESSÃO

**Tema:** Cuidar da Pessoa com diagnóstico de Demência

**Tempo Previsto:** 60min

**Destinatários:** Auxiliares de ação direta das IPSS do concelho

**Datas:** 13 e 20 de novembro

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégia e Metodologias	Recurso Materiais	Tempo	Avaliação
Aumentar os conhecimentos Sobre aspetos práticos relacionados com o cuidar do doente com demência	Contextualizar a formação	Fomentar a participação na formação; Sumário Referir o número de casos crescente associado ao envelhecimento da população	Expositivo	Computador com programa Powerpoint  Datashow	3 mim	Pequeno questionário oral
	Contextualizar o que são demências	Definição de demência Sintomas mais frequentes Tipos de demências			5min	
	Doença de Alzheimer	Mecanismo da doença de Alzheimer Fases da doença Aspetos práticos de forma de atuação perante os doentes de Alzheimer, nas situações: Ações de repetição Comportamentos agressivos Pensamentos de suspeita Esquecimentos Ansiedade e manifestações de agitação Alterações visuais			40 min	

		Alimentação Banho Incontinência Ambiente seguro Ambiente de apoio ao doente				
	Resumir a sessão em ideias chave + Avaliação de conhecimentos adquiridos	Motivos para o comportamento do doente Modos de atuação sucinta Tempo para questões Obrigada			12min	

**Apêndice XVI – Apresentação “Cuidar da Pessoa com o  
Diagnóstico de Demência”**

# DEMÊNCIAS

9º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação

Carla Mateus

Enfª Orientadora:

Profº Orientador: Joaquim Paulo Oliveira



# SUMÁRIO

Definição

Sintomas

Formas mais comuns de Demência

Doença de Alzheimer

Fases da Doença de Alzheimer

Comportamentos alterados

Conclusões

# PORQUÊ?

- A Organização Mundial de Saúde estima que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões.
- A doença de Alzheimer assume, neste âmbito, um lugar de destaque, representando cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência (World Health Organization [WHO], 2015).
- Em 2017 Portugal era o 4º país com mais casos por cada mil habitantes.

A média da OCDE é de 14.8 casos por cada mil habitantes, sendo que para Portugal a estimativa é de 19.9.



# DEFINIÇÃO

Progressiva deterioração do intelecto, comportamento e personalidade como resultado duma doença difusa dos hemisférios cerebrais

A demência é diagnosticada quando 2 ou mais funções cerebrais estão alteradas:

- Linguagem
- Memória
- Perceção espacial
- Comportamento emocional
- Personalidade
- Capacidades cognitivas ( cálculo, pensamento abstrato, capacidade de julgamento)



# SINTOMAS

- Perda progressiva de memória
- Confusão
- Alterações da personalidade
- Apatia e isolamento
- Perda de capacidade para executar tarefas diárias

# FORMAS MAIS COMUNS DE DEMÊNCIA



# DOENÇA DE ALZHEIMER

As células cerebrais vão sofrendo uma redução, de tamanho e número, esta situação impossibilita a comunicação dentro do cérebro



# DOENÇA DE ALZHEIMER

## Alterações do cérebro na Doença de Alzheimer

### Normal

Córtex normal

hipocampo

Células cerebrais

### Alzheimer avançado

Afilamento do córtex

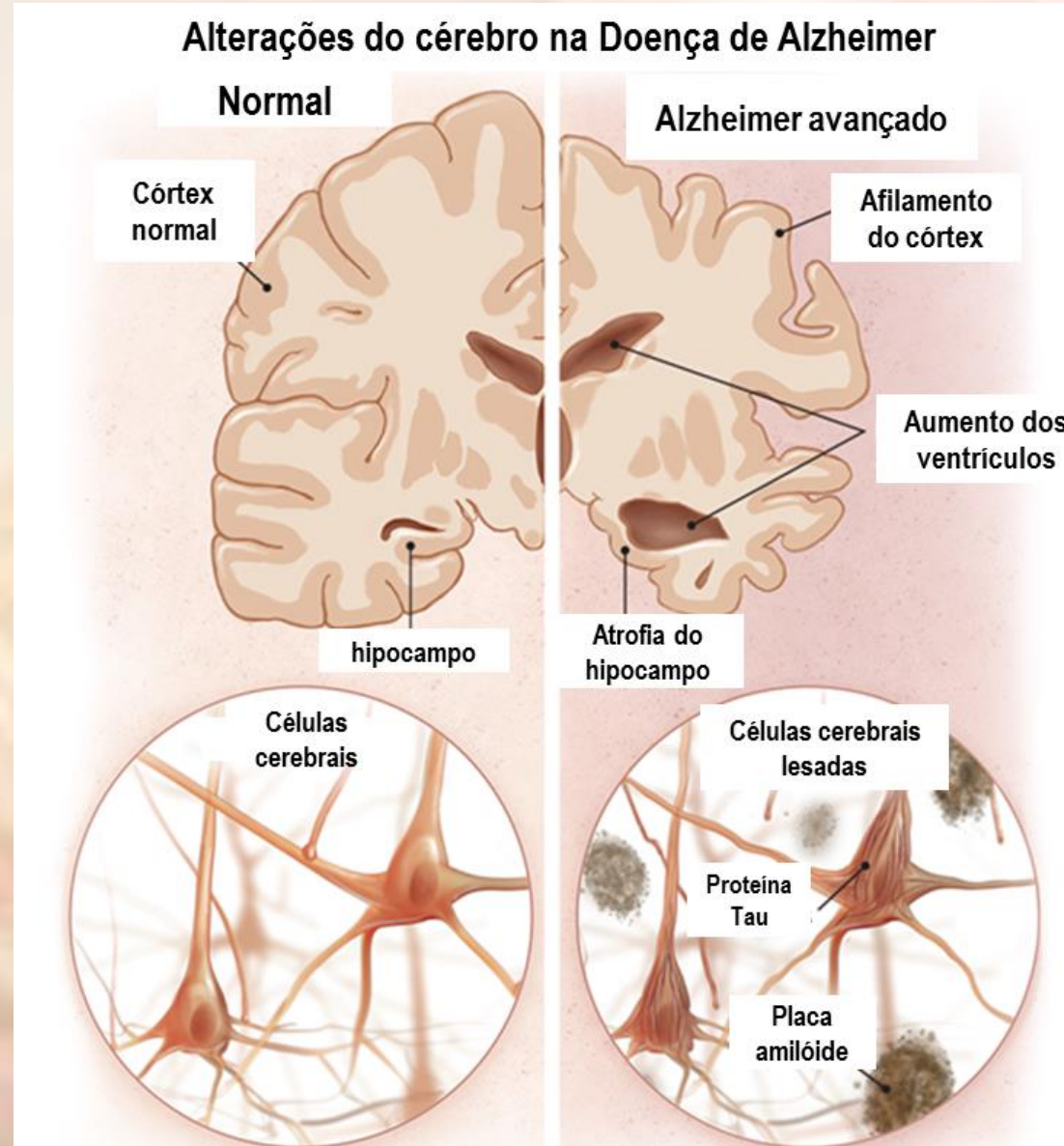
Aumento dos ventrículos

Atrofia do hipocampo

Células cerebrais lesadas

Proteína Tau

Placa amilóide







# A doença de Alzheimer

## FASE INICIAL



**Lapsos** na memória recente



**Mudanças de comportamento:** o introvertido fica falante, ou vice-versa



**Senso de direção** comprometido. O doente se perde



**Atitude** mais agressiva que normal, às vezes sem justificativa aparente



**Dificuldade** em fixar informações novas



**Teimosia**  
O doente insiste em dizer que não há nada errado com ele

## INTERMEDIÁRIA



A perda de memória se intensifica



**Repetição** infinita de informações



**Estranhamento** constante da própria casa e dos pertences



**Alternância** de momentos de lucidez e confusão mental



**Estresse** psicológico e depressão



**Agressividade** quando é contrariado



Começa a **dependência física**: algumas atividades se tornam penosas e outras perigosas



**Vocabulário**  
O doente esquece palavras óbvias

## GRAVE



**Dependência** física total: os comandos cerebrais já foram destruídos



**Não** anda e quase não fala



**Não** reconhece ninguém, nem a si mesmo



**Aparecimento** de infecções, especialmente urinária e pneumonia



**A deglutição** fica prejudicada



**Surgimento** de feridas e problemas de circulação, por passar longos períodos sentado ou deitado

Embora à medida que a doença progride, muitas capacidades se percam, algumas conseguem manter-se. A pessoa ainda preserva a sensação do toque e a audição, bem como a capacidade de responder à emoção.



# DINÂMICA DE GRUPO

➤ 5min

➤ Grupos de duas pessoas

Palavras soltas ou pequenas frases sobre temas em cartões:

- Ações de repetição
- Comportamentos agressivos
- Pensamentos de suspeita
- Esquecimentos
- Manifestações de agitação



# AÇÕES DE REPETIÇÃO

O doente procura algum **conforto, segurança e familiaridade**.

1. Transformar a ação ou o comportamento numa atividade;
2. Manter-se calmo e paciente – tranquilize-o com voz calma e faça um gesto de apoio;
3. Dar a resposta que ele necessita, mesmo que a tenha de repetir por várias vezes;
4. Fazer uma atividade ;
5. Efeitos secundários da medicação.

# COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE

Tipo verbal (gritar ou chamar nomes) ou físico (bater ou empurrar)

1. Pense no que aconteceu imediatamente antes;
2. Fale devagar e delicadamente;
3. Experimentar uma atividade relaxante – utilize a música, a dança, a massagem ou o exercício para acalmar o doente;
4. Mudar para outra atividade.

# PENSAMENTOS DE SUSPEITA

1. Não se ofender;
2. Não argumentar ou tentar convencê-lo;
3. Dar uma resposta simples;
4. Mudar a sua atenção para outra atividade;
5. Duplicar os “itens” que perder

# ESQUECIMENTOS

1. Não manifestar pena;
2. Responder com uma curta explicação;
3. Mostrar fotografias ou outros objetos que o possam fazer recordar;
4. Sugerir, corrigindo sem reprimendas;
5. Tentar não personalizar - a doença origina esquecimento, mas o apoio e compreensão continuam a ser apreciados pelo doente;



# MANIFESTAÇÕES DE AGITAÇÃO

1. Tentar perceber a situação;
2. Empregar frases que o acalmem e deixe que ele entenda que se encontra ao seu lado;
3. Fazer uma atividades;
4. Diminuir o ruído e os aspetos que o perturbam ou mudar o local onde se encontra;



# ACOMODAR AS ALTERAÇÕES VISUAIS

- Cobrir as janelas com cortinas de forma a quebrar o brilho da luz do sol e os espelhos;
- Não utilizar lâmpadas claras ou decorativas sem quebra-luz;
- Nivelar a intensidade luminosa no espaço em que se move o doente;
- Adicionar algumas luzes extra nos locais de menor luminosidade/visibilidade (escadas);
- Colocar cores contrastantes frente às portas ou escadas, a fim de preparar o indivíduo para as modificações da sua marcha;
- Iluminar os interruptores e os relógios.

# ALIMENTAÇÃO

- Servir as refeições, à mesma hora, todos os dias;
- Verificar a temperatura da comida, antes da mesma ser servida;
- Partir os alimentos em pequenos pedaços;
- Incentivar a pessoa a comer um alimento de cada vez, sem os misturar;
- Humedecer os alimentos com molhos;
- Colocar pequenas quantidades de alimentos de cada vez na boca;
- Lembrar à pessoa de engolir sempre antes de colocar mais alimento na boca;
- Evitar que o doente coma em excesso ou apetite insaciável;

# ALIMENTAÇÃO

- Servir um prato de cada vez e retirar os utensílios desnecessários da mesa;
- Certificar que a louça é simples e de uma cor diferente da toalha da mesa;
- Juntar na mesma mesa pessoas sem demência com pessoas com demência, de modo a que ela possa olhar para os outros e copie os seus movimentos;
- Manter o ambiente calmo e agradável, com pouco ruído;
- Certificar-se que existe iluminação adequada na zona de refeição;
- Incentivar a ingestão hídrica.
- Servir os alimentos familiares à pessoa e não se aventurar por pratos novos e muito elaborados;





# BANHO

- Fechar as portas para criar um ambiente de privacidade;
- Tapar os espelhos se a pessoa já não se reconhecer a si própria;
- Perceber os hábitos do doente;
- Deixar que a pessoa se habitue à água antes de entrar no banho;
- Ajudar o doente a temperar a água do banho, tendo a precaução, quando acabar, de fechar em primeiro lugar a torneira da água quente;
- Cuidar da higiene oral;

# BANHO

- Estimular a pessoa a fazer ela própria o máximo de tarefas que conseguir;
- Inclinar a cabeça para trás para lavar a cabeça;
- Instalar barras de segurança para que o doente se possa agarrar;
- Frequentemente o doente despe-se com frequência e sem motivo aparente - pode estar com calor ou não reconhecer a roupa que está a vestir como sendo sua;
- Muitas pessoas com demência continuam a apreciar um novo corte de cabelo ou um novo penteado, gostando de se sentirem cuidadas e bonitas.



# INCONTINÊNCIA

- Tentar estabelecer uma rotina para a ingestão de líquidos;
- Prestar atenção aos sinais não-verbais da pessoa, como por exemplo puxar as roupas, ficar agitada ou ter a face corada;
- Utilizar expressões que sejam familiares à pessoa, como por exemplo, “fazer chichi”;
- Não apressar a pessoa;
- Utilizar cores diferentes entre o chão e o assento da sanita, recorrer a um assento elevado para a sanita e barras de apoio na parede pode ajudar a pessoa a sentar-se e levantar-se;
- Se a pessoa urina em locais inapropriados, tentar remover quaisquer objetos que possam ser confundidos com uma sanita;

# INCONTINÊNCIA

- Evitar os tapetes;
- Simplificar as roupas;
- Tentar e estabelecer uma rotina para controlar as idas da pessoa à casa de banho;
- Tentar dar à pessoa qualquer coisa para se distrair enquanto está na sanita;
- Prevenir a obstipação.



# ALTERAÇÕES AMBIENTAIS

- As torradeiras, jarros ou ferros de engomar que se desligam automaticamente são os aparelhos mais seguros;
- Manter a mesma decoração, os mesmos eletrodomésticos e os mesmos utensílios;
- Pintar os botões do fogão, com uma tinta fluorescente verde ou vermelha ou com verniz de unhas vermelho, pode ajudar a localizar a posição de ligado e desligado;
- Coloque uma nota na parede com a frase: “desligar o fogão”
- Se for necessário, retirar os fósforos, os bicos do fogão e fechar a torneia do gás ou cortar a eletricidade ao fogão;

# ALTERAÇÕES AMBIENTAIS

- Preferir o uso de forno micro-ondas, com comandos simples e com as instruções passo a passo ( escritas) afixadas ;
- No frigorífico, manter os produtos em lugares fixos;
- No frigorifico, manter o que se quer consumir mais rapidamente nas prateleiras do meio;
- Elevar o frigorifico ligeiramente à frente para que a porta se feche sozinha.

# QUARTO



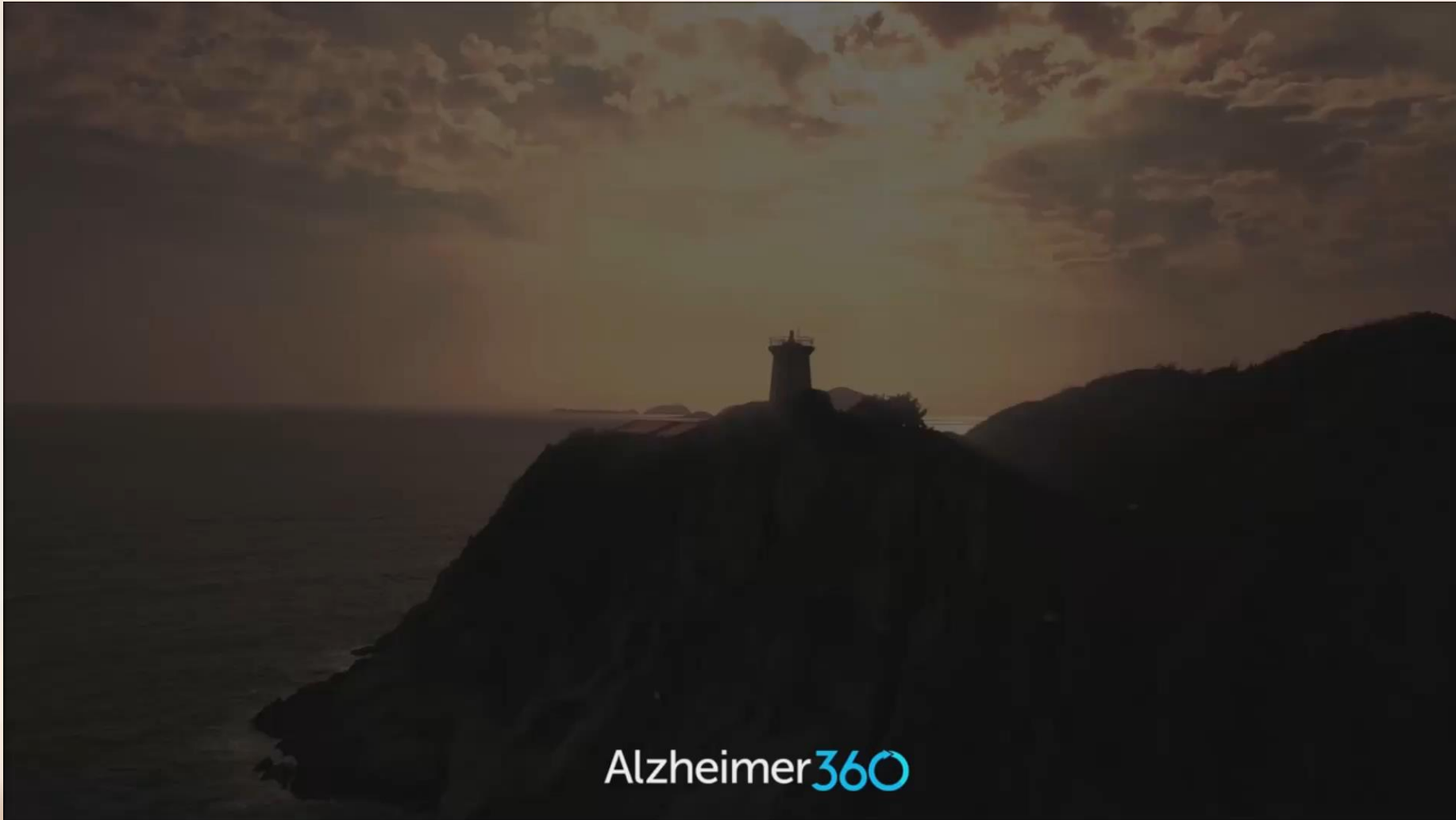


# AMBIENTE DE APOIO AO DOENTE

- Estimular os movimentos independentes;
- Interessar o doente por atividades;
- Deixar à mão os livros de recortes, álbuns de fotografias, ou revistas antigas, que ajudam a pessoa a lembrar-se e estimulam a conversação;
- Experimentar tocar o tipo de música de que o doente gosta, mas mantendo a música num tom relativamente baixo, uma vez que os sons mais intensos, podem originar-lhe agitação ou excitação;
- Na circunstância do indivíduo ser incapaz de sair, é importante que o quarto tenha várias janelas ou que o doente fique num alpendre fechado.

# CONCLUSÃO

- O doente não se está a comportar deste modo propositadamente;
- As alterações comportamentais podem ser devidas:
  - A mau estar/desconforto físico, tendo como causa a própria doença ou a medicação;
  - A uma estimulação contínua e/ou excessiva motivada, por exemplo, pelo ruído ou por um ambiente com muita atividade;
  - O ambiente não ser familiar, seja por se encontrarem em locais desconhecidos, ou por ser incapaz de reconhecer a casa;
  - Dificuldade na realização de determinadas atividades;
  - Por incapacidade em comunicar;



Alzheimer360

**OBRIGADA**

**Apêndice XVII – Fotos sessão” Cuidar da pessoa com o diagnóstico de demência”**







## **Apêndice XVIII – Jornal de Aprendizagem II**

## Plano de sessão

**Tema:** Prevenção das Quedas no Idoso

**Tempo Previsto:** 60min

**Destinatários:** Utentes de Centros de Dia de IPSS do concelho

**Datas:** 7;14;21 de novembro

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégias e Metodologias	Recurso Materiais	Tempo
Aumentar o conhecimento sobre a problemática das quedas	Sensibilizar para a importância de prevenir as quedas	Estatísticas sobre quedas Consequência das quedas	Expositivo e interrogativo	Oralidade	2min
	Capacitar para reconhecer e minimizar os fatores de risco	Falar sobre: Óculos Sapatos Animais domésticos Tapetes e moveis Material desarrumado Fios elétricos Iluminação Polimedicação Consumo de água	Interrogativo e expositivo	Material exemplificativo: Óculos Chinelo Pedaço de tapete Carrinho de criança Lâmpada Embalagem de medicação Telemóvel velho	25 min
	Sensibilizar sobre exercícios de fortalecimento muscular e de manutenção das amplitudes articulares	Realizar exercícios físicos simples de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores e superiores e manutenção das amplitudes articulares dos vários segmentos	Demonstrativo/ interativo	Oralidade	10 min
	Resumir pontos chave da problemática	Atuação a quando da queda – Telemóvel/levante Relembrar a importância da prevenção das quedas Relembrar a importância de uma boa identificação dos fatores de risco	Expositivo	Oralidade	5 min

		Relembrar a importância de manter uma boa condição física			
	Avaliação	Indique 3 cuidados a ter para evitar quedas. Qual o procedimento a realizar em caso de queda? Com que frequência se devem realizar os exercícios demonstrado? Agradecer a atenção disponibilizada	Expositivo + interrogativo	oralidade	5 min

## **JORNAL DE APRENDIZAGEM II**

Os acidentes intencionais e não intencionais, são a quarta causa de morte na Europa, estabelecendo-se como um grave problema de saúde pública. O impacto nos serviços de saúde e nos serviços complementares de apoio social, devido às sequelas que podem advir destes acidentes, e as implicações na vida pessoal e familiar das vítimas, são contributos para gastos na saúde e causa de abstinência ou incapacidade laboral.

Com a realização de diversos estudos aos longo de muitos anos, foi provado que muitos dos acidentes não intencionais podiam ser prevenidos. Neste âmbito foram elaboradas diversas estratégias preventivas, que demonstraram ser eficientes na diminuição do número e do impacto neste tipo de acidentes.

Nas últimas décadas, a incidência de mortalidade relacionada com acidentes intencionais e não intencionais, assumiu uma enorme relevância, tendo levado a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Europeia (UE) a atraírem para si um papel ativo na sua prevenção e na promoção da segurança.

Esta preocupação encontra-se manifestada nas recomendações e resoluções aprovadas em várias Assembleias Mundiais da Saúde, Assembleias-gerais das Nações Unidas e no Parlamento Europeu. Em todas as deliberações se recomendava aos países para priorizarem nas suas políticas nacionais, programas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes efetivos e economicamente viáveis para vários anos.

Segundo a OMS, o Sector da Saúde é basilar para a diminuição desta questão, devendo a sua intervenção ser orientada pela Resolução EUR/RC55/R9, sobre *Prevention of Injuries in the European Region* de 2005.

O relatório de avaliação da implementação da Resolução EUR/RC55/R9, *Progress in the Preventing Injuries in the WHO European Region*, elaborado em 2008, alerta para a necessidade do Sector da Saúde se empenhar, cada vez mais, com a realização de programas de prevenção, dirigidos a toda a população, que recorram a estratégias efetivas e assentem em parcerias multisectoriais, sustentáveis.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (2004-10) elaborou um diagnóstico da situação sobre «Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais», situando os

acidentes e os seus efeitos, como uma relevante causa de morbilidade, ao longo de todo o ciclo de vida.

O documento Health in Portugal de 2007, divulgado no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, destaca os acidentes e as suas consequências como um grave problema e uma das principais causas de morte prematura, morbilidade e incapacidade num elevado número de pessoas.

Com base em todos estes factos e recomendações, o governo português elaborou em 2010 um Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016, onde atribui aos cuidados de saúde primários um papel fundamental na gestão, no desenvolvimento, na implementação e na avaliação do programa.

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes tem como principais objetivos, promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a resposta dos serviços de emergência e, garantir respostas e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismo.

O grupo etário com mais de 65 anos representa 14% das vítimas de acidentes de trânsito. A idade avançada contribuiu, claramente, revelando as pessoas idosas como 29% dos peões mortos.

No que se refere aos acidentes domésticos e de lazer, 14% das vítimas são pessoas idosas, sendo muito mais frequente nas mulheres, e a habitação permanente o principal local de ocorrência.

Por tudo isso, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes atribui um particular reparo às pessoas com mais de 65 anos, inserindo entre as suas áreas de intervenção prioritária, a promoção da segurança e a prevenção dos acidentes, nesta faixa etária.

Há muito que é reconhecido o impacto das condições da habitação e do meio ambiente envolvente, na saúde individual e coletiva.

Em casa, dois fatores são determinantes nos acidentes: o comportamento humano e o projeto /manutenção da casa, pois o desenho inadequado ou a falta de manutenção de pavimentos, escadas, iluminação e mobiliário, por exemplo, podem aumentar o risco de queda.

À medida que se envelhece, ocorrem também alterações físicas e neurológicas que podem tornar os idosos mais vulneráveis aos acidentes.

Os fatores intrínsecos e extrínsecos mais frequentes, relacionam-se com:

1. A saúde da pessoa idosa:

- a. Visão, que fornece informação sobre a orientação no espaço e influência o equilíbrio;
- b. Audição: que fornece informação sobre a orientação no espaço (sistema vestibular) e, em caso de doença ou deficiência influencia na manutenção do equilíbrio;
- c. Problemas de locomoção de natureza osteoarticulares;
- d. Doenças do foro neurológico, como tonturas ao levantar-se, perda do equilíbrio e tremores;
- e. Falta de vitamina D e a polimedicação, devido aos efeitos secundários de algumas substâncias.

2. O ambiente doméstico e de lazer:

a. Em casa:

- Iluminação insuficiente, tapetes soltos, alguns em más condições de manutenção, inexistência de corrimão nas escadas ou de barras de segurança, nomeadamente na casa de banho, pavimento molhado, encerado ou escorregadio;
- Móvel instável e móveis no meio do caminho, principalmente entre o quarto e a casa de banho;
- Escadas com degraus de tamanhos diferentes e soleiras das portas não niveladas com o chão;

b. Espaços públicos mal desenhados e inseguros:

- ruas, estradas e parques públicos com pavimento irregular e escorregadios, luzes em mau estado de conservação, animais domésticos soltos, excrementos de animais na via pública etc;

c. Transportes públicos:

- com horários e condições de segurança inadequados para pessoas com mobilidade condicionada;
- paragens com uma localização inconveniente e que não estão bem iluminadas.



### 3. O comportamento humano:

- a. No dia-a-dia e nas atividades de rotina, desde o sair da cama, cozinhar ou arrumar a casa, não reconhecer as restrições naturais que advêm de um processo de envelhecimento;
- b. Em casa, andar de meias ou usar chinelos, subir e descer de um banco ou cadeira sem os devidos cuidados.
- c. Na rua, andar distraído ou com sapatos mal-adaptados ao pé, o que provoca deformidades e aumenta o risco de queda;
- d. Tomar, medicamentos que não foram receitados pelo médico, ou alterar as doses prescritas, promovendo o não controlo da doença no caso de uma sub-dosagem ou potenciando os efeitos secundários do fármaco no caso de uma sobre-dosagem.

As quedas são, inequivocamente, a principal causa de lesão nos idosos. Em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos, sofre uma queda e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda, no mesmo período de tempo.

A definição de queda é o ato de cair não intencional no solo ou noutro nível inferior, podendo ter uma etiologia multifatorial, como resultado da interação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos

Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, no projeto Com Mais Cuidado de 2012, aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita de cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura (D.G.S, 2012).

No mesmo documento são referidas que as lesões mais frequentes são contusões e feridas dos tecidos moles e as fraturas mais frequentes são do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia.

As mulheres com mais de 75 anos, devido à osteoporose, têm maior probabilidade de sofrer uma fratura, com consequência no aumento do nível de ansiedade, na perda de confiança em si próprio, na redução das atividades da vida diária e de uma permanente sensação de medo de voltar a cair, promovendo muitas vezes o isolamento social e a depressão.

Nas pessoas com mais de 75 anos a percentagem de internamentos variou entre 11% e 12%. O tempo de hospitalização aumenta, à medida que a faixa etária estudada avança. Assim, a média de dias de hospitalização devido a quedas regista-se nos 5 a 6 dias, no entanto, na faixa etária referida anteriormente, esta média sobe para 11 -12 dias, aumentando não só os custos económicos da hospitalização, mas e mais relevante, aumentando a hipótese de complicações nosocomiais.

As características desta faixa etária, bem como o aumento do índice de dependência consequência frequente de uma queda, requer a presença de profissionais de saúde dotados de conhecimentos e competências específicas, para a manutenção ou recuperação da autonomia da pessoa, no desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVD's) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

“O Enfermeiro Especialista assenta as suas ações em cuidados específicos, diferenciados e adequados à condição de saúde da pessoa, que resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências resultam da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como, de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros,2011).

## **Reflexão:**

### **O que aconteceu?**

No âmbito do estágio realizado na UCC, fui convidada a participar/moderar diversas formações sobre a problemática das quedas, destinada aos utentes dos centros de dia das IPSS do concelho, em parceria com a fisioterapeuta da Unidade.

Assisti a uma primeira formação realizada pela minha enfermeira orientadora, e constatei que os meus conhecimentos sobre quedas e prevenção destas se encontravam pouco aprofundados. Decidi realizar uma pesquisa relacionando a temática com o papel do EEER, buscando bases na literatura para algo que parece óbvio.

## **O que estou a pensar?**

Como enfermeira generalista, assisti na última década a uma abordagem mais intensiva da problemática das quedas, nomeadamente, das quedas a nível hospitalar, indicador de qualidade muito debatido e vigiado.

Fui sujeita a diversas auditorias e formações, curiosamente nenhuma delas preletadas por enfermeiros EEER.

Pergunto-me o que vou mudar na minha prática do dia-a-dia, na forma como encaro esta temática e na minha atuação, quando possuir a categoria de EEER?

## **O que encontrei de bom e de mau?**

A nível hospitalar a temática das quedas é exaustivamente abordada mas pouco cuidada. As avaliações a todos os utentes, que culminam em placas afixadas nas camas, cuidados redobrados com a colocação das grades, e na imobilização dos doentes (muitas vezes excessiva para que os indicadores não baixem e penalizem o serviço), levou-me a ter a abordagem deste tema, só do lado das consequências. A consequência de cair, a consequência dos indicadores.

Quando cheguei aos Cuidados de Saúde Primários, encontrei o outro lado da medalha, a capacitação dos utentes para prevenir a ocorrência de quedas e para “resolver”, caso a queda aconteça.

A responsabilização do utente como parceiro no cuidar, com opção de escolha esclarecida. O fomento da autoestima e do autocuidado, como pedra basilar na atuação do enfermeiro, tendo como veículo de trabalho a educação para a saúde.

## **Que sentido?**

A educação na saúde exige uma abordagem global da pessoa nas suas várias dimensões, tendo em atenção também a sua constante interação com o meio envolvente.

A Educação para a Saúde deve ser um processo holístico, pois tem por objetivo primordial, aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, fomentando o desenvolvimento de processos internos, que proporcionem à pessoa adotar comportamentos saudáveis e de prevenção da doença, honrando o seu estilo de

vida e as suas crenças, concomitantemente com as influenciadas da comunidade onde a pessoa/grupo está inserida.

As ações realizadas no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida, envolvem uma modificação individual, cultural, social e comunitária. Por vezes, focamos o nosso trabalho apenas no aspeto individual, pelo que estas formações realizadas em contexto de IPSS, são particularmente relevantes, pois possibilitam a quem gere, coordena, trabalha nestas instituições adequa-las aos utentes de forma a prevenir acidentes.

Educar as pessoas para a saúde significa conceber contextos para as pessoas se modificarem, com base nos conhecimentos adquiridos sobre o porquê das coisas. Instruí-las de que elas podem aprender e sensibilizá-las para a relevância dos saberes ligados com a sua saúde. Capacita-las para promoverem o seu autocuidado.

Cabe ao EEER realizar intervenções que visem “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades... (O.E, 2010 pag.1).

### **Conclusão (o que fiz/não, fiz e poderia ter feito)**

Como enfermeira generalista sempre entendi a educação para a saúde como pedra basilar da minha ação. Frequentei em tempos um curso de formação para formadores, de forma a obter mais bases técnicas para expressar as ideias e conceitos que são relevantes para a promoção da saúde e para a prevenção da doença. Sempre que me foi solicitado pelo serviço a participação em ações de formação assim o fiz; e dinamizei também algumas ações a nível hospitalar sobre temas diversos da pneumologia, no entanto, nas várias sessões que realizei faltou-me a capacitação.

Entendo que não podia ter feito muito mais do que fiz, com os conhecimentos adquiridos até à altura.

Quando cheguei ao curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, apenas sabia que essa era a especialidade que melhor se enquadrava com o local onde trabalho atualmente e onde pretendo trabalhar por mais anos, no entanto a literatura e acima de tudo o observar a ação da enfermeira orientadora

do estágio permitiu-me identificar a abrangência de cuidados. A necessidade de não particularizar o cuidado à patologia, debitando matéria interminável, mas sim ver o utente como uma parte integrante de uma família, de uma casa, de uma comunidade, de uma sociedade.

## **Contributos**

A educação para a saúde, nomeadamente na problemática das quedas é fundamental. Por um lado, pela alta incidência de casos na população mais idosa, por outro lado pelas taxas de mortalidade e morbilidade decorrentes de uma queda, e ainda por todas as alterações da independência e qualidade de vida que podem ser consequências de uma queda.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas, “a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (O.E,2010, pag.1)

No mesmo regulamento descreve-se que a intervenção do EEER visa mediante diagnósticos precoces e ações preventivas garantir a: “manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (O.E,2010 pág. 1).

E ainda no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, refere-se que as competências específicas do EEER incorporam capacidades que “permitem cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa através do desenvolvimento das suas capacidades”. A missão do EEER prende-se com “a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (O.E, 2011, pág. 3)

Com base nos dados apresentados e nos documentos referidos neste jornal de aprendizagem, penso ter identificado as alterações e responsabilidades que advêm de ser um EEER na prevenção das quedas. O EEER deve capacitar, instruindo o utente e não realizar ensinamentos avulsos ou limitar as AVDs dos utentes com o medo da queda.

Para o EEER se o doente caiu, tem que se saber levantar e chamar ajuda, tem que pelo menos tentar, em meu entender a filosofia base da ER, potenciar e não substituir.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010, <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude-2004-2010.aspx>, acedido a 03/11/2018

Prevention of injuries in the WHO European Region,  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/88100/RC55\\_eres09.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf?ua=1), acedido a 3/11/2018

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES 2010-2016,  
<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>, acedido a 03/11/2018

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes Projeto: COM MAIS CUIDADO,  
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>, acedido a 03/11/2018

PROGRESS IN PREVENTING INJURIES IN THE WHO EUROPEAN REGION  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98423/E91710.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf), acedido a 3/11/2018

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf), acedido a 04/11/2018

Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação,  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>, acedido a 04/11/2018

State of Health in the EU Portugal Country Health Profile 2017,  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/355993/Health-Profile-Portugal-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/355993/Health-Profile-Portugal-Eng.pdf?ua=1), acedido a 03/11/2018

**Apêndice XIX – Atividade “Há saúde no mercado” –  
Vacinação sazonal**

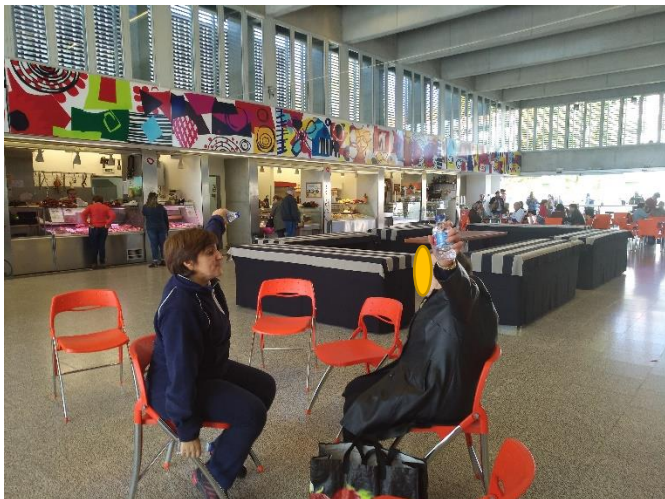
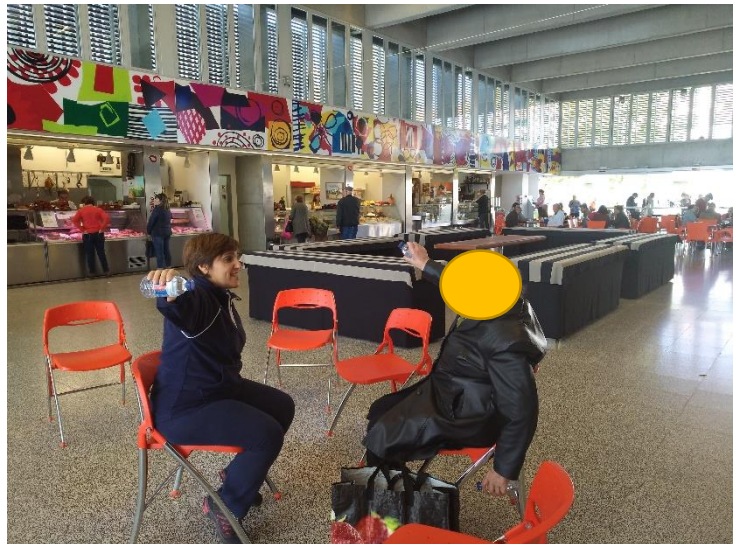
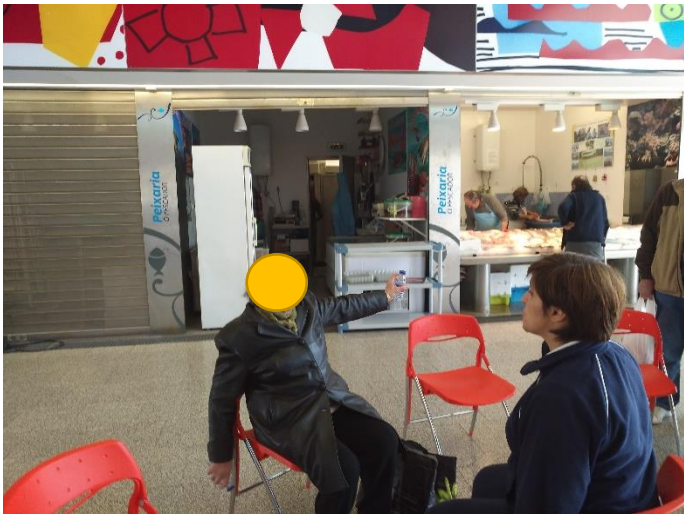






**Apêndice XX – Atividade “Há saúde no mercado” -  
Prevenção e Controlo no doente com Diabetes**





**Apêndice XXI – Atividade “Mercado da Cidadania” –  
Uso responsável do medicamento**







**Apêndice XXII – Exercício cognitivo adaptado  
ao utente**





Copie por favor

O coração é um órgão,  
que fica do lado esquerdo do peito.  
Do mesmo lado eu tenho,  
Um braço que não quer ficar direito.

O Coração é um órgão  
que fica do lado esquerdo do peito.  
Do mesmo lado eu tenho um  
braço que não quer  
ficar direito

Envelhecer  
não é perder  
juventude,  
mas ganhar  
experiência,  
sabedoria e  
histórias  
para contar!

Envelhecer, Envelhecer não é  
perder juventude, mas  
ganhar experiência,  
sabedoria e histórias  
para contar!

## **Apêndice XXIII – Jornal de Aprendizagem III**



## **JORNAL DE APRENDIZAGEM III**

Por definição Reabilitação é a ação e o efeito de reabilitar. Este verbo refere-se ao facto de restituir alguém ou algo ao seu antigo estado, habilitando-o de novo.

Um exemplo linear do ato de reabilitar, é a pessoa que sofre um AVC, e tem que fazer reabilitação para voltar a caminhar, ou voltar a fazer apreensão com a mão afetada. No entanto a realidade é bem diferente...

Quando no curso de mestrado surgiu uma Unidade Curricular sobre a temática dos Cuidados Paliativos, algumas pessoas com quem falei e mesmo colegas do curso, não perceberam o porquê daquela escolha. O que havia a reabilitar num doente que tinha pouco futuro? Ou que não iria voltar a andar? Ou que não iria voltar a ter uma vida social proveitosa?

Como trabalho com doentes crónicos, nomeadamente doentes com DPOC, é me relativamente fácil, perceber que o meu trabalho não deve ter só como objetivo a cura, muito pelo contrario. O apoio no sofrimento, o alívio dos sintomas e o aumento da qualidade de vida, são constituintes integrantes na minha ação diária.

Na segunda semana de estágio prestei cuidados a uma senhora de idade avançada a quem foi diagnosticado Alzheimer. Tem por cuidadora a filha única e apoio da comunidade, nomeadamente, através de auxiliares de ação direta que realizam os cuidados de higiene.

A temática das demências e nomeadamente do Alzheimer, sempre foram por mim respeitadas, mas poucos estudadas, talvez para fugir à realidade de ter tido um familiar próximo com uma destas patologias.

A senhora começa a apresentar alguma rigidez articular pela imobilidade, mas fundamentalmente pela diminuição da capacidade cognitiva.

Se seguirmos as contraindicações estabelecidas para o ato de reabilitar, a não colaboração do doente, aparece na maior parte dos documentos. No entanto, como referiu a enfermeira orientadora, a nossa visita a esta casa tem um efeito de manter alguma amplitude dos movimentos, estimular a capacidade cognitiva restante, mas também (e por ventura fundamentalmente), apoiar esta filha cuidadora que abandonou a vida laboral, para coabitar 24 horas por dia com a mãe e prestar-lhe os cuidados necessários.

Para quem como eu, se encontra nesta fase, apresentando-se como um aprendiz, com uma grande incidência nas ações manuais, como é a reabilitação motora e a reabilitação respiratória. Ainda muito centrada onde se colocam as mãos ou em que movimentos se devem realizar em determinada articulação, e que vinham no Manual X, associar a reabilitação cognitiva, dificultou em muito as minhas ações.

Após consideração do momento vivido, entendo que devo aumentar os meus conhecimentos sobre estimulação sensório-cognitiva e sobre demências e conjuga-los entre si.

Curiosamente, a enfermeira orientadora tinha-me já lançado o repto da realização de uma ação de formação, destinada a auxiliares de ação direta, sobre a temática das demências. Penso que a realização desse trabalho contribuirá para aumentar e consolidar os conhecimentos que agora diagnostiquei como lacuna pessoal.

Como diriam alguns matemáticos e vários pensadores em todo o mundo, *não há coincidências*.

## **Apêndice XXIV – Jornal de aprendizagem IV**





## **JORNAL DE APRENDIZAGEM IV**

Segundo a OCDE, “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010”. (D.G.S, 2017, p 5)

Por doença cardiovascular entende-se um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares.

A contínua adoção de medidas estratégicas preventivas e a prematuridade dos diagnósticos, nas áreas do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), possibilitaram atingir em Portugal, no ano de 2015 “uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas”. (D.G.S, 2017, p5)

Na análise das taxas de mortalidade padronizada, referente apenas às doenças do aparelho circulatório, observa-se também uma propensão de diminuição. Entre 2011 e 2015, verificou-se uma redução de 4,1% da mortalidade global por Doenças do Aparelho Circulatório em Portugal continental.

Esta redução de mortalidade, ocorre fundamentalmente à custa do decréscimo da mortalidade por Doenças Cerebrovasculares (19,7%) e em particular na mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquémico abaixo dos 70 anos, com uma redução de 39%. (D.G.S, 2017, p 7)

A definição padrão de AVC, recomendada pela OMS, é a seguinte: “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular”. (O.M.S, 2009, p 6)

O AVC é uma doença multifatorial, em que vários fatores de risco, (sendo que nem todos precisam estar presentes) potenciará as hipóteses da pessoa sofrer um AVC no futuro. Estes fatores podem ser divididos em fatores de risco modificáveis, ambientais e não modificáveis. (O.M.S, 2009, p 14)

1. Fatores de risco modificáveis - Hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, dieta com baixo consumo de frutas e verduras, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, Diabetes, fibrilhação;

2. Fatores ambientais - Tabagismo passivo e acesso a tratamento médico, nomeadamente para controlo da Hipertensão arterial;
3. Fatores não modificáveis – Idade, género (p. e., idade avançada e sexo masculino estão associados, em muitas populações, a um maior risco), história familiar e genética.

Classifica-se os AVC em três tipos diferentes:

1. AVC isquémico;
2. Hemorragia intracerebral;
3. Hemorragia subaracnoide.

O AVC isquémico é causado por uma oclusão súbita das artérias que irrigam o cérebro. Esta oclusão pode ocorrer por um trombo formado diretamente no local da oclusão (AVC isquémico trombótico) ou por um trombo formado noutra zona do corpo e que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquémico ou embólico).

A Hemorragia intracerebral, é causada pelo sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral.

A Hemorragia subaracnóide, resulta de uma hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide. Os sintomas específicos são a ocorrência súbita de cefaleia muito intensa, associada geralmente a comprometimento do estado de consciência.

As alterações neurológicas que se podem observar na pessoa que sofre um AVC, variam consoante a localização cerebral da lesão e a sua extensão.

Sinais e sintomas	Síndrome
Hemiparesia contra lateral (máxima na perna), incontinência urinária, apatia, confusão, julgamento deficitário, mutismo, reflexo de preensão, apraxia da marcha	Artéria cerebral anterior (incomum)
Hemiparesia contra lateral (pior no braço e na face que na perna), disartria, hemianestesia, hemianopsia homônima contra lateral, afasia (quando o hemisfério dominante é afetado) ou apraxia e negligência sensorial (quando o hemisfério não dominante é afetado)	Artéria cerebral média (comum)
Hemianopsia homônima contra lateral, cegueira cortical unilateral, perda de memória, paralisia unilateral do III nervo craniano, hemibalismo	Artéria cerebral posterior
Perda da visão monocular (amaurose)	Artéria oftálmica (um ramo da artéria cerebral média)

Deficits uni ou bilaterais dos nervos cranianos (p. ex., nistagmo, vertigem, disfagia, disartria, diplopia, cegueira), ataxia do tronco ou membros, paresia espástica, deficits sensoriais e motores cruzados* consciência comprometida, coma, morte (quando a oclusão da artéria basilar é completa), taquicardia, PA lábil	Sistema vertebrobasilar
Ausência de deficits corticais, além de um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemiparesia motora pura</li> <li>• Hemianestesia sensorial pura</li> <li>• Hemiparesia atáxica</li> <li>• Disartria – síndrome das mãos desajeitadas (incoordenadas)</li> </ul>	Enfartes lacunares
*Perda sensorial ou fraqueza motora facial ipsilateral com hemianestesia ou hemiparesia contra lateral no restante do corpo indica lesão na ponte ou na medula.	

Fonte: Merck Sharp & Dohme Corp, 2018

Segundo Scalzo (2010), “a dependência limita a pessoa na realização das AVD, no seu papel familiar, na participação social e laboral e, conseqüentemente piora a sua qualidade de vida. (Faria, 2014, p 11)

Na fase aguda do AVC, a ação da equipa de saúde consiste, fundamentalmente, na manutenção dos sinais vitais do doente. Embora no AVC os sintomas neurológicos sejam proeminentes, a taxa de morbilidade deve-se na maioria dos casos a complicações médicas como: pneumonias de aspiração, infeções urinárias, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. (D.G.S, 2010, p97)

O processo de reabilitação física da pessoa deverá iniciar-se o mais precocemente possível, ou seja, logo assim que exista estabilidade hemodinâmica e neurológica.

A reabilitação do doente precisará de envolver toda a equipa, “criando uma rede de recuperação em torno do doente, onde este represente o centro dos cuidados de saúde”. (D.G.S, 2010, p 99)

Reflexão

### O que aconteceu?

Homem com 74 anos, com antecedentes clínicos de hipertensão arterial controlada com medicação, hipertrofia benigna da próstata controlada com medicação, portador de Pacemaker há 3 anos, seguido pelo médico de família anualmente, independente na realização de todas as atividades de vida diárias.

Deita-se uma noite, cerca das 24h, na sua casa, junto com a sua esposa. Sem queixas de qualquer ordem e acorda 5 h mais tarde com uma hemiplégia do membro superior direito, uma hemiparésia do membro inferior direito, uma parésia facial central com desvio da comissura labial e disartria moderada (com discurso por vezes impercetível). É levado de imediato para o hospital da área da residência, onde é internado com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquémico da Artéria Central Média à esquerda.

O Homem que ajudava a esposa na limpeza da casa diariamente, transita para alguém com incontinência funcional total, nomeadamente na eliminação vesical e intestinal e apenas consegue alimentar-se de forma independente se, outro, lhe preparar os alimentos previamente no prato.

### **O que encontrei de bom e mau?**

Durante o internamento o senhor recuperou alguns deficits, tendo realizado treino de marcha com andarilho com apoio bilateral e unilateral, por equilíbrio corporal ortostático dinâmico comprometido em grau elevado.

Foram instruídos exercícios de mímica facial, tendo no final do internamento, apresentado menos desvio da comissura labial e completo encerramento da pálpebra à direita.

O discurso é na maior parte das frases perceptível, embora ligeiramente arrastado e em algumas situações de maior velocidade apresentar dificuldade na articulação das palavras.

Este senhor iniciou reabilitação, com os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço, 48h após o AVC e num dia de fim de semana. Foi incentivado a realizar treino de marcha e treino sensorial. Foram realizados ensinamentos à família, sobre atitudes terapêuticas. Foram realizados ensinamentos em pleno horário de visitas, ao doente e família, sobre a nova realidade que este agregado familiar vai experimentar na realização das AVDs.

De mau, na minha atuação identifiquei a colheita de dados. O processo de enfermagem, tem a riqueza de necessitar de muitos dados para possibilitar um cuidar personalizado e empiricamente mais propenso ao sucesso.

O que ocorreu foi que sempre que chegava a casa ou ao gabinete de enfermagem para realizar registos, ou aquando da elaboração do caso em

estudo, para apresentar na escola, senti que me faltava dados importantes para individualizar os cuidados.

A dependência modifica a vida quer da pessoa, que carece de ajuda na realização de várias AVDs, quer da sua família, que necessita se reorganizar, chegando por vezes, ao ponto de abandonar vários papéis para cuidar do doente.

Passar de cuidador a cuidado, é um processo de transição longo, penoso e que necessita de grande apoio para que cada elemento do agregado familiar, desenvolva mestria no seu novo papel na família. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação munir-se de dados relevantes, colhidos de forma prática, sem que o doente ou família se sintam invadidos na sua privacidade, mas sim experienciem auxílio, na passagem por uma fase conturbada das suas vidas.

### **Que sentido?**

Este jornal de aprendizagem pretende refletir sobre três sentidos, um: como é insignificante a nossa existência (verdade de La Palice)<sup>1</sup>. Como nos podemos deitar saudáveis e acordar sem mobilidade e a falar de forma quase impercetível.

“O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo”. (Guimarães & Silva, 2016, p.2)

A ocorrência de um AVC, que deixa sequelas, constitui um processo de transição saúde-doença, que é complexo, multidimensional e possui propriedades que são essenciais para terminar a experiencia, desenvolvendo uma transição saudável. A consciencialização da nova condição, o empenho que a pessoa coloca na recuperação e na aceitação do seu novo corpo, a gravidade das alterações instaladas, o tempo súbito com que surgem e alguns eventos críticos que possam ocorrer durante o processo, são propriedades determinantes para a mudança.

---

<sup>1</sup> Guerreiro francês Jacques de Chabannes, senhor de La Palice (1470-1525). Verdade de La Palice é evidência tão grande, que se torna ridícula.

Outro sentido para esta reflexão, é o papel do enfermeiro de reabilitação e a importância que a sua ação, tem junto dos doentes.

Quando trabalhei no Serviço de Pediatria, uma criança entrada com o diagnóstico de Bronquiolite numa quarta feira, só iniciaria cinesiterapia respiratória na segunda ou terça feira seguintes. Mesmo que a situação clínica pedisse antecipação da intervenção, e o próprio médico a tivesse prescrito.

Seria realizado um pedido que seria entregue no Serviço de Medicina Física e Reabilitação, o fisiatra deslocar-se ia ao serviço no dia útil seguinte, e no próximo dia útil a fisioterapia viria ao serviço realizar as técnicas. Que interrompiam quando o fim de semana chegava.

Ora com a introdução do EEER que possui um “nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitindo-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (O.E, 2010, p.1), os doentes podem iniciar o seu processo de recuperação mais precocemente, não permitindo a instalação de efeitos secundários relacionados com a lesão neurológica e com a imobilidade.

As pessoas que sofreram um A.V.C, podem realizar os exercícios juntamente com os familiares, sendo realizados ensinamentos imediatos e de forma informar, o que permite ao outro a realização facilitada de perguntas e a instrução de técnicas, necessárias para cuidar deste doente em casa, muitas vezes para o resto da sua vida.

O último aspeto que quero focar nesta reflexão, é a importância de uma boa colheita de dados inicial, que se vai completando em cada contacto. Mas que para se realizar cuidados individualizados e com potencial forte para alcançar sucesso, é importante ser realizada inicialmente com uma base sólida e sistematizada.

### **Conclusão (o que fiz/ não fiz e poderia ter feito)**

O que tentei fazer com este senhor foi conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação, particularizados para as alterações motoras existentes, dentro do contexto habitacional, familiar e social do senhor

e da sua família, baseados nos problemas reais e potenciais destas pessoas (O.E, 2010)

Trabalhar com ele, respeitando as suas limitações, mas tentado ultrapassá-las, motivando para alcançar sempre mais um pouco, mesmo que esse pouco fosse apenas mais um metro de corredor percorrido.

O que não fiz foi uma avaliação inicial suficientemente sistematizada, que me facilitasse a elaboração de planos de cuidados personalizados para a situação, pelo que decidi por indicação e apoio do enfermeiro orientador elaborar uma folha com os dados mais relevantes a pesquisar, no caso de doentes com alterações neurológicas, de acordo com a realidade do serviço e com a mais recente evidência científica (apêndice I).

### **Contributos**

Este doente permitiu-me colocar em prática o domínio 1 do Regulamento de Competências do EEER: “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, nas Unidades de Competência: “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade” em todos os critérios de avaliação, “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, em todos os critérios de avaliação. Na competência: “Implementa as intervenções com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”, utilizando diversos exercícios e com variados dispositivos de auxílio em todos os critérios de avaliação e a unidade de competência “avalia os resultados das intervenções implementadas” (O.E, 2010, p.3), em todos os critérios de avaliação. Como demonstro no estudo de caso que será apresentado no relatório final.

Outro domínio que este caso que me permitiu alcançar foi o domínio 2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (O.E, 2010, p 4), nomeadamente na unidade de competência J2.1, com realização de ensinios à esposa e filho, sobre técnicas adaptativas que facilitam o cuidar.



Por ultimo, este caso possibilitou atingir o domínio 3 do RCEEER, “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, em todos os critérios de avaliação, já que, os exercícios musculo - articulares realizados tiveram por objetivo possibilitar a este senhor a realização do maior número de AVDs com a maior autonomia possível.

D.G.S, PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES 2017, <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>, acedido a 04/12/2018.

FARIA, Ana da Conceição Alves - *A PESSOA APÓS AVC: TRANSIÇÃO DA AUTONOMIA PARA A DEPENDÊNCIA*. Porto: ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO, 2014. Dissertação Académica

Manual MSD, Versão para Profissionais de Saúde, Visão geral do acidente vascular cerebral. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%B3rbios-neurol%C3%B3gicos/acidente-vascular-cerebral/vis%C3%A3o-geral-do-acidente-vascular-cerebral>, acedido a 04/12/2018

## **Apêndice XXV – Jornal de Aprendizagem V**



## JORNAL DE APRENDIZAGEM V

O padrão ventilatórios obstrutivo, é avaliado através da realização de uma espirometria com ou sem prova de broncodilatação, e é identificado quando o doente apresenta a relação FEV<sub>1</sub>/FVC (Volume expiratório máximo no primeiro segundo/ Capacidade vital forçada) reduzido.

Esta redução pode ocorrer devido a dois fatores: em algumas pessoas a Capacidade Vital Forçada, ou seja, o “volume máximo de ar que pode ser mobilizado entre uma inspiração e uma expiração durante uma manobra expiratória forçada” (Lopes, 2016, pag.20), pode ser normal e apenas o FEV<sub>1</sub>, ou seja, o “volume máximo de ar que pode ser expirado no primeiro segundo de uma expiração forçada” (Lopes, 2016, pag.20), se encontra reduzido. Ou podem ambas as parcelas se encontrarem reduzidas, quando comparadas com os valores de referencia baseados na idade, sexo, altura e raça.

A gravidade da obstrução encontra-se relacionada com a gravidade da redução do FEV<sub>1</sub>, que se apresenta no quadro 1:

	<b>FEV1 (% em relação aos valores de referencia)</b>
<b>Ligeira</b>	>70%
<b>Moderada</b>	60-69%
<b>Moderada grave</b>	50-59%
<b>Grave</b>	35-49%
<b>Muito Grave</b>	<35%

Dados da ERS (European Respiratory Society) de 2005

Quando se verifica numa espirometria um padrão ventilatório obstrutivo, deve ser realizada uma prova de broncodilatação, que complementará os dados obtidos. “considera-se o teste de reversibilidade brônquica positivo se se detetar um aumento no FEV<sub>1</sub> ou na FVC >12% e >200ml” (Lopes, 2016, pag.26), ou seja, caso estes dados ocorram significa que a obstrução previamente identificada é reversível. Se os valores obtidos numa espirometria realizada 15-30 min após a administração de um broncodilatador inalado, não alcançar estes valores, significa que a obstrução diagnosticada é irreversível.

As duas doenças com padrão obstrutivo mais prevalentes a nível mundial são a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica) e a Asma, pelo que, para perceber

um pouco melhor as causas da obstrução identificada na espirometria vou recair mais nestas duas patologias.

A DPOC é atualmente a quarta principal causa de morte no mundo, mas tende a ser a 3ª maior causa de morte até 2020. Mais de 3 milhões de pessoas morreram de DPOC em 2012 representando 6% de todas as mortes mundialmente. (GOLD, 2017)

“A DPOC surge da combinação da doença das pequenas vias aéreas e a destruição do parênquima pulmonar (enfisema), com predomínio variável das duas componentes” (Menoita e Cordeiro, 2012, pág. 251)

A inflamação que ocorre nos doentes com DPOC, encontra-se muito exagerada face a um processo inflamatório em doentes não DPOC, quando colocados em contacto com agentes irritantes como o tabaco.

As principais células inflamatórias envolvidas na fisiopatologia da DPOC são os neutrófilos, macrófagos e linfócitos CD8.

O aumento dos macrófagos nas paredes das vias aéreas e no parênquima pulmonar dos fumadores que desenvolvem DPOC faz com que se fomentem processos proteolíticos, com a libertação de proteinases, principalmente a elastase.

Os infiltrados de linfócitos T CD8 (citotóxicos), encontram-se diretamente relacionados com o grau de obstrução brônquica. “Desta Forma, a proliferação de células T CD8 no pulmão de fumadores está relacionada com a progressão da doença obstrutiva” (Menoita e Cordeiro, 2012, pág. 252)

A resposta inflamatória exagerada que ocorre nos doentes com DPOC, desencadeia distintas modificações anatomopatológicas, provocando uma obstrução das vias aéreas, a destruição do parênquima pulmonar e alterações na vasculatura pulmonar.

“Nas pequenas vias aéreas verifica-se o processo de remodelamento e reparo das paredes, fazendo com que elas fiquem espessadas, causado principalmente por processos fibróticos. Por sua vez, estas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas de permanecerem abertas durante a expiração (GOLD, 2011). O fluxo aéreo expiratório é limitado pelo encerramento precoce das vias aéreas (colapso), o que promove uma maior resistência das mesmas, e consequentemente uma maior necessidade de tempo expiratório”. (Menoita e Cordeiro, 2012, pag. 252)

O desequilíbrio entre o volume de ar inspirado e expirado, resultante da obstrução estrutural, provoca um aumento do ar retido nos alvéolos, e que se agrava a cada ciclo respiratório, contribuindo para uma hiperinsuflação perante.

Nos doentes com DPOC, o parênquima pulmonar, passa por transtornos estruturais, como por exemplo, a destruição dos septos alveolares, com ou sem fibrose, o que provoca uma redução na retração elástica, contribuindo, para a limitação do fluxo aéreo. (Menoita e Cordeiro, 2012)

“Em suma, o enfisema contribui para a limitação ao fluxo aéreo por meio da redução da retração elástica, enquanto as alterações das pequenas vias aéreas aumentam a resistência ao fluxo. Estes dois componentes geralmente coexistem em proporções variadas e interagem para contribuir para a limitação total ao fluxo aéreo”. (Menoita e Cordeiro, 2012, pág. 253)

Estes aspetos explicam o padrão ventilatório obstrutivo característico dos doentes com DPOC, bem como a classificação da gravidade da obstrução que é diretamente proporcional à extensão da inflamação, da fibrose nas pequenas vias aéreas e no parênquima pulmonar, espelhando-o na diminuição do Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo, bem como com, no índice de Tiffeneau (FEV1/FVC).

A asma é uma doença crónica, com elevada prevalência a nível mundial. É uma doença que ocorre em todos os grupos etários, afetando mais de 300 milhões de pessoas no Mundo. (DGS, 2016)

Em Portugal a asma afeta cerca de 6,8% da população residente no país, segundo o Inquérito Nacional de Prevalência da Asma, realizado em 2010. Pondera-se que somente 57% dos asmáticos detenham a sua doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses requerem de melhor intervenção para controlo da doença. Segundo o Inquérito Nacional de Controlo da Asma de 2010, 88% dos asmáticos não controlados julgam erradamente a sua doença como controlada. (DGS, 2016)

“O diagnóstico da asma é essencialmente clínico, sendo suportado pela determinação de obstrução expiratória generalizada mas variável do fluxo aéreo, que é frequentemente reversível, espontaneamente ou através de tratamento”. (DGS, 2014, pag.13)

A obstrução reversível existe nos doentes com asma é resultante da contração do músculo liso das vias aéreas, como resposta a mediadores broncoconstritores

e neurotransmissores. Esta resposta da parede das vias aéreas pode ocorrer por diversos mecanismos:

1. Ao edema das vias aéreas devido à migração plasmática para os tecidos;
2. Ao aumento da espessura das paredes das vias aéreas devido a alterações estruturais provocadas por um processo de reparação anómalo dos tecidos lesados, designado por “remodelação”;
3. À hipersecreção de muco.

“De forma sintética, as exacerbações dos episódios de asma ocorrem após a exposição a factores desencadeantes. Estes induzem a libertação de mediadores inflamatórios os quais originam inicialmente broncoconstrição. Seguidamente, existe um aumento da resposta inflamatória das estruturas brônquicas (hiperreactividade brônquica) com aumento da produção de muco, aumento da permeabilidade vascular, ocasionando obstrução progressiva ao fluxo aéreo e aprisionamento de ar, conduzindo a alterações na relação ventilação/perfusão”. (Menoita, et.al, 2012, pag.281)

Nos períodos intercrise, o estudo funcional respiratório basal é frequentemente normal, daí ser considerada uma doença com padrão obstrutivo reversível, que seja por medicação que ser por não se encontrar em fase de crise.

O padrão ventilatório obstrutivo, ocorre por diversos fatores dependendo da pessoa e da patologia. Encontra-se na maioria das ocasiões relacionado com processos inflamatórios e alterações estruturais que levam a um aumento da retenção de ar a nível alveolar.

A reeducação funcional respiratória é importante nos doentes com este padrão ventilatório por desobstruir a árvore brônquica, diminuindo os defeitos ventilatórios.

A respiração diafragmática nos doentes com DPOC é considerada muito importante nos programas de reeducação funcional respiratória, pois permite “relaxar os músculos acessórios da respiração e a recrutar o diafragma, para diminuir o trabalho respiratório, diminuir os custos energéticos da ventilação pulmonar, diminuir dispneia e melhorar a tolerância ao exercício” (Machado,2008, Canteiro et al,2003, citados por Menoita, et al, 2012, pag.274)

### **O que aconteceu?**

Doente do sexo masculino de 58 anos, autónomo nas AVDs, reside no Alentejo. É pastor de ovelhas, vacas e porcos. Reside em zona rural, bebe água engarrafa

e do poço. Alimenta-se mal, come muitos enlatados. A sua habitação não tem luz elétrica.

Nunca foi ao médico. Nega antecedentes cirúrgicos ou médicos de relevo. Nega acidentes ou fraturas.

Tabagismo ativo (cerca de 100 UMAs). Nega hábitos etílicos.

Admitido no SU por quadro de dificuldade respiratória para pequenos esforços com várias semanas de evolução. Nega dor retroesternal ou febre. Sem queixas gastrointestinais ou urinárias.

Gasimetria da admissão de aparentemente sangue arterial: pH 7.33; pCO<sub>2</sub> 83; pO<sub>2</sub> 31; K<sup>+</sup> 4.8; Lac 1.1; HCO<sub>3</sub> 43.8; SO<sub>2</sub> 54%

Fica com O<sub>2</sub> por MV a 40%. Medicado com broncodilatadores e Hidrocortisona, com pouco benefício.

Iniciou VNI (Ventilação Não Invasiva) a 12/5/16 com O<sub>2</sub> a 10L/min, bem-adaptado e sem fuga.

Radiografia de Tórax: sem imagens de condensação ou derrame; alterações pleuroparenquimatosas a caracterizar melhor por TC.

AngioTC-Tórax: “Não se visualizam defeitos de opacificação no leito arterial pulmonar que se possam relacionar com TEP. Há derrame em ambos os espaços pleurais, quantidade moderada, que condiciona atelectasia pulmonar (nos segmentos colapsados não é possível excluir TEP). Também há derrame pericárdico. Tronco pulmonar com calibre um pouco aumentado, cerca de 31mm, sugere algum grau de hipertensão pulmonar. Aorta e seus ramos superiores permeáveis e sem aneurismas. Enfisema pulmonar. Sem lesões consolidativas ou expansivas no parênquima pulmonar arejado. Traqueia e brônquios principais permeáveis. Não se identificam adenomegalias”.

Transferido para o Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de Insuficiência Respiratória Global, apresentou valores gasimétricos compatíveis com hipoxemia, sem, no entanto, tradução na observação clínica.

### **O que aconteceu de bom e de mau?**

Durante o internamento foram planeadas, executadas e avaliadas sessões de reeducação funcional respiratória com predomínio de técnicas que fomentassem



a expiração, por estarmos perante um doente com diagnóstico provisório de DPOC de etiologia tabágica, logo com alta probabilidade de existir uma hiperinsuflação, característica destes doentes pela obstrução das vias aéreas provocada pela patologia.

O doente cooperou nos exercícios, negando na maioria das ocasiões cansaço. A sua condição já se arrasta há algum tempo, pelo que, o próprio doente consegue gerir o seu esforço.

De mau entendo que realizei pouco treino para a gestão do esforço. Foram implementados pequenos percursos no corredor e instruída técnica respiratória para controlo da dispneia, no entanto, não foi possível treinar a realização da maior parte das AVDs. Até porque a realidade habitacional do doente era bem diferente da realidade de um quarto hospitalar.

Foram realizados ensinamentos sobre a realização das AVDs de forma a gerir o esforço, nomeadamente, nos autocuidados arranjar-se, higiene e vestuário, com a necessidade de realizar estas actividades sentado, com colocação de material necessário de fácil acesso, sem grandes movimentos de elevação dos braços.

### **Que sentido?**

As doenças obstrutivas provocam no doente uma limitação da sua atividade. Muitas vezes o próprio doente não reconhece esta limitação ou atribui a sua causa ao envelhecimento, ou a outro factor qualquer.

A obstrução brônquica, como referido atrás, instala-se por vários mecanismos e não surge de forma aguda. O seu surgimento é progressivo e o corpo e mente humana, habituam-se a viver “obstruídos”.

O sentido que encontro para este jornal foi o ir pesquisar mais sobre este padrão respiratório, tentando perceber os seus mecanismos e os motivos pelo qual surge.

O curioso deste jornal foi constatar que o doente apesar de apresentar valores gasimétricos alterados durante grande parte do internamento, não referia queixas e negava cansaço ou dispneia, após poucos dias de se encontrar na enfermaria.

### **Conclusão (o que fiz/ não fiz e poderia ter feito)**

O que fiz foi ensinar, treinar e assistir este doente na dissociação dos tempos respiratórios com prolongamento da expiração para facilitar a ventilação em todos os campos pulmonares, libertando o CO<sub>2</sub> para conseguir utilizar melhor o O<sub>2</sub> inspirado.

Ensinei, treinei e assisti o doente no executar a técnica de reeducação costal global de forma a aumentar a ventilação pulmonar.

Diagnostiquei no cuidado com este doente a necessidade de adquirir mais conhecimentos sobre este padrão respiratorio, pelo que, decidi realizar a pesquisa apresentada no inicio deste jornal.

### **Contributos**

Este jornal permitiu-me aumentar conhecimentos sobre o padrão respiratorio obstrutivo, nomeadamente, sobre as duas patologias obstrutivas mais frequentes a asma e a DPOC.

O cuidar deste doente permitiu-me alcançar o domínio 3 das competências específicas do EEER “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010, pág. 4).

Concomitantemente, permitiu, com a pequena revisão bibliográfica apresentada no inicio, alcançar o domínio B3 do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “Cria e mantêm um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010, pág. 7) bem como desenvolver o domínio D2 do mesmo Regulamento “baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimentos” (OE, 2010, pág. 10).

## **Apêndice XXVI – Processo de enfermagem II**

## **Processo de Enfermagem II**

Doente do sexo feminino com 79 anos, autónoma nas AVDs, residente em domicílio com cunhado (após morte recente da irmã).

### **A.P:**

- Carcinoma pouco diferenciado da parótida direita, tendo sido submetida a RT neoadjuvante sobre massa tumoral e cervical (7/11/2017 a 27/12/2017) e cirurgia (06/06/2018) - parotidectomia total à direita, com paleta cutânea pré-auricular, com conservação dos ramos superiores do nervo facial e sacrifício da artéria carótida externa + esvaziamento radical modificado à direita;
- Parésia facial periférica à direita;
- Hipoacusia;
- Status pós cirurgia a hérnia inguinal estrangulada há cerca de 14 anos;
- Status pós cirurgia a cataratas;
- Internamento no Serviço de Medicina Interna (alta a 22/11) por derrame pleural esquerdo de etiologia a esclarecer.

### **Historia atual:**

- Trazida ao SUG a 5/12 por quadro clínico, de agravamento progressivo, caracterizado por dispneia e cansaço para pequenos esforços. Sem febre ou toracalgia associada. Sem outra sintomatologia de relevo.
- Doente vígil, orientada e colaborante. Pele e mucosas descoradas. Apirética. Emagrecida. Polipneica em repouso, com SpO2 91% em AA;
- AP: MV abolido à esquerda;
- Edema maleolar bilateral, sem sinais sugestivos de TVP;

- MCDs:
  - GSA em AA: pH 7.469, pCO<sub>2</sub> 35mmHg, pO<sub>2</sub> 64mmHg, HCO<sub>3</sub> 25.5mmol/L, SatO<sub>2</sub> 93.6%, lactato 1.1mmol/L;
  - Radiografia de tórax: hipotransparência homogêneo do campo pulmonar esquerdo com desvio do mediastino contra lateral;
  - Hb 13g/dL, leucocitose de 12.100/uL com 85% neutrófilos, PCR 1.9mg/dL, sem mais alterações analíticas.

Realizada toracocentese a 5/12, em contexto de urgência. A 06/12 colocada drenagem pleural continua.

Por manter necessidade de vigilância foi transferida para a UCIM a 7/12.

Data	Diagnostico principal	Diagnostico secundário	Objetivo	Intervenções	Avaliações
09/12/2018	Ventilação comprometida [por drenagem pleural à esquerda]		Impedir a formação de aderências pleurais; Incentivar a expansão pulmonar; Recuperar a mobilidade costal e diafragmática; Corrigir defeitos posturais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação de raio X e leitura de diário clínico;</li> <li>• Vigiar ventilação [tipo de respiração, utilização de musculatura acessória, ritmo respiratório, amplitude torácica, expansão torácica simétrica/assimétrica, tempo inspiratório curto/longo, tempo expiratório curto/longo, presença de ruídos adventícios];</li> <li>• Vigiar respiração [esforço respiratório em repouso, para pequenos, médios ou grande esforços, coloração da pele e mucosa labial];</li> <li>• Observação de Raio X;</li> <li>• Auscultação do tórax;</li> <li>• Executar cinesiterapia respiratória [abertura costal global, duas</li> </ul>	<p>09/12/2018</p> <p>Doente calma sem S.D.R aparente. Saturações 96% em ar ambiente. Refere dor grau 1 no local de inserção do dreno. Penso externamente limpo e seco.</p> <p>A.P - MV diminuído a esquerda. Sem ruídos adventícios. Sem alterações no HP direito;</p> <p>Raio X de 8/12 – derrame na ½ inferior do hemitórax à direita. Hemitórax à esquerda sem alterações;</p> <p>Drenagem: funcionante. Nível de 400cc de líquido amarelo, Realizada correção postural e</p>

				<p>series de 6 repetições cada, abertura costal seletiva à esquerda, 3 series de 6 repetições cada];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar técnica respiratória [reeducação abdominodiafragmática posterior, duas series de 6 repetições, reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda e direita, duas series de 6 repetições cada];</li> <li>• Executar técnica de posicionamento [correção postura, posição de descanso e relaxamento, terapêutica de posição];</li> <li>• Incentivar uso de técnicas respiratórias;</li> <li>• Incentivar uso de dispositivos respiratórios</li> </ul>	<p>dissociação dos tempos respiratório, reeducação diafragmática e reeducação costal seletiva, em duas series de 6 repetições cada, para promover aumento da capacidade ventilatória, a expansão pulmonar e a excreção de líquido acumulado na cavidade pleural. Doente colaborante. Registou-se um aumento da saturação periférica de 96% em ar ambiente para 100% durante a realização dos exercícios. Não se realizaram os restantes</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>[inspirómetro de incentivo];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar saturações de O<sub>2</sub> e frequência respiratória;</li> <li>• Optimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento;</li> <li>• Posicionar.</li> </ul>	<p>exercícios planeados por aumento dos sinais de dificuldade respiratória. 11/12/2018 Doente colaborante, sem S.D.R, saturações de O<sub>2</sub> em ar ambiente 96%. Auscultação revela, diminuição do murmúrio vesicular na ½ inferior do pulmão esquerdo, inaudível na base. Pulmão direito apresenta murmúrio vesicular mantido. Drenagem pleural não oscilante. Por a doente tolerar melhor os exercícios respiratório, acrescentou-se a reeducação costal global com bastão,</p>
--	--	--	--	--	--



					<p>com boa tolerância por parte da doente [duas series de 6 repetições].</p> <p>Aumentado o número de series no exercício de reeducação costal à esquerda, para três series de 6 repetições, boa tolerância por parte da doente.</p> <p>Assistida na realização de inspirometria de incentivo, [4 inspirações por cada hora], doente colaborante.</p> <p>14/12/2018</p> <p>A doente exteriorizou o dreno na manhã.</p> <p>Sem S.D.R aparente, saturações de O2 de 96% em ar ambiente.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Raio X – Mantém derrame no 1/3 inferior do hemitórax à direita. Sem evidência de pneumotórax. Sem alterações no hemitórax esquerdo.</p> <p>Auscultação – Murmúrio vesicular reduzido na base do hemitórax direito. Sem alterações no hemitórax à esquerda.</p> <p>Realizada correcção postural e dissociação dos tempos respiratórios, que a doente realiza autonomamente com supervisão da equipa de enfermagem.</p> <p>Realizada reabilitação diagramática e da</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>hemicúpula direita e esquerda (2 series de 6 repetições cada), para fomentar a excreção do liquido restante.</p> <p>Realizada reabilitação costal global e seletiva à direita e à esquerda (2 series de 6 repetições cada), com o objectivo de promover a ventilação de todos os campos pulmonares afetados e a expansão do pulmão direito.</p>
		<p>Conhecimento Sobre Ventilação, ausente</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar processo patológico;</li> <li>• Ensinar sobre processo patológico</li> <li>• Avaliar sobre complicações do processo patológico;</li> </ul>	<p>09/12/2018</p> <p>Realizados ensinios sobre necessidade de alternância de decúbito frequente para evitar a formação de aderências e</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre complicações do processo patológico;</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar ventilação;</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de ventilação;</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</li> <li>• Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação;</li> <li>• Ensinar sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</li> <li>• Ensinar sobre dispositivo auxiliar de ventilação.</li> </ul>	<p>necessidade da realização de ciclos ativos da tosse, para facilitar a excreção do líquido acumulado. Doente pouco colaborante na alternância de decúbitos por dor no local de inserção do dreno. 11/12/2018</p> <p>Doente fez medicação antiálgica previa à reeducação respiratória. Realizados ensinamentos sobre inspirômetro de incentivo, ciclo ativo da tosse e necessidade de alternância de decúbitos frequente. Doente aparenta compreender os ensinamentos realizados. Capacidade inspiratória de 100l</p>
--	--	--	--	---	--

					<p>14/12/2018</p> <p>Doente realiza autonomamente com supervisão do enfermeiro de reabilitação, o inspirómetro de incentivo, conseguindo atingir aproximadamente 300 l na inspiração profunda.</p>
		<p>Capacidade Para Otimizar a Ventilação, ausente</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação;</li> <li>• Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar de ventilação;</li> <li>• Avaliar capacidade para usar técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</li> <li>• Instruir sobre técnica respiratória para otimizar ventilação [inspirações profundas, posição de descanso, dissociação dos</li> </ul>	<p>09/12/2018</p> <p>Instruídas e treinadas técnicas de otimização da ventilação para aumento da ventilação pulmonar e expansão pulmonar [alternância de decúbitos, ciclo ativo da tosse]. A doente apresenta renitência na realização dos exercícios por dor</p>

				<p>tempos respiratórios, aumento do fluxo expiratório, respiração abdomino-diafragmática];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar de ventilação [inspirómetro de incentivo];</li> <li>• Instruir sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação [correção postural, terapêutica de posição e posição de descanso e relaxamento];</li> <li>• Treinar uso de dispositivo auxiliar de ventilação;</li> <li>• Treinar técnica respiratória para otimizar a ventilação;</li> <li>• Treinar técnica de posicionamento.</li> </ul>	<p>no local de inserção do dreno, a quando da realização da reeducação costal seletiva à esquerda e da fase de expiração forçada. Apresenta tosse pouco eficaz. Reprograma-se ensinamentos sobre técnica da tosse assistida e dispositivos de auxílio à ventilação.</p> <p>11/12/2018 Realizada instrução sobre uso do inspirómetro de incentivo, com colaboração por parte da doente. Programadas 4 inspirações por cada hora, que a doente cumpre autonomamente, com vigilância do</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>enfermeiro. Volume alcançado entre 200l a 300l.</p> <p>Programa-se treino de ciclo ativo da tosse.</p> <p>14/12/2018</p> <p>Treinado o ciclo ativo da tosse.</p> <p>Tosse pouco eficaz. Incentivada alternância de decúbitos que a doente cumpre com dificuldade devido a fragilidade física.</p> <p>Doente utiliza inspirómetro de incentivo de forma autónoma com supervisão do enfermeiro. Volume de inspiração aproximadamente 300l.</p>
--	--	--	--	--	---

## **Apêndice XXVII – Processo de enfermagem III**



## **PROCESSO DE ENFERMAGEM III**

### **Antecedentes Pessoais:**

Doente de 48 anos, leucodermíca,

Sem antecedentes pessoais relevantes, não faz medicação regularmente

Nega alergias medicamentosas

Cabeleireira

### **Historia atual:**

Doente bem até o dia 25/12, quando ao acordar pela manhã experienciava sensação de falta de ar. Ainda durante o dia nota certo cansaço. No dia seguinte, recorre ao Centro de Saúde, onde é medicada com Paracetamol e Ibuprofeno. Tendo cumprido esta terapêutica até 01/01/2019. Recorre ao Serviço de Urgência, nessa data, por não sentir melhoria no cansaço e falta de ar.

Nega febre, nega síncope, nega acessos de tosse.

### **Exame objetivo na admissão:**

Doente calma;

GCS 15;

Sem focalidade neurológica;

Hemodinamicamente estável,

PA 130/70mmHg, FC 120-140 bat/min, Taquipneica 30/min,

Auscultação pulmonar - roncos mais acentuados à dta

Palpação abdominal - mole e depressível, indolor

Sem edemas periféricos

### **Exames complementares:**

#### Analises:

- Leucocitose 21.200; Neutr 89%; Hb 13; PLQ 185.000; Ureia 33; K 3,4; PCR 41

#### TC torax:

- Avaliação condicionada por movimentos respiratórios, artefactos relacionados com a presença de contraste na veia cava superior e opacificação subótima de pequenos vasos. Não se visualizam defeitos de opacificação no tronco pulmonar, artérias pulmonares principais e artérias lobares. Não se consegue excluir TEP em vários ramos segmentares e subsegmentares devido às condicionantes já referidas. Tronco pulmonar com calibre normal. Aorta torácica e seus ramos superiores sem aneurismas. Consolidações envolvendo o segmento posterior do lobo superior direito, o segmento medial do lobo médio e o medial do lobo inferior.

**Diagnóstico:**

Pneumonia Adquirida na Comunidade

Insuficiência respiratória parcial

**Medicação instituída:**

Azitromicina

Ceftriaxona

Prednisolona

**Transferida para o Serviço de Medicina Interna a 01/01/2019**

DATA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
03/01/2019	Dispneia Funcional, presente	Potencial para melhorar conhecimentos sobre dispneia funcional, presente	Promover a ventilação pulmonar em todos os campos; Limpeza da árvore brônquica à direita; Aumentar a tolerância ao esforço;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar diário clínico do doente e meio auxiliares de diagnóstico realizados;</li> <li>• Avaliar dispneia funcional;</li> <li>• Auscultar;</li> <li>• Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória;</li> <li>• Treinar a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória;</li> <li>• Executar técnica respiratória;</li> <li>• Posicionar para otimizar respiração;</li> <li>• Instruir sobre inaloterapia;</li> <li>• Treinar inaloterapia;</li> </ul>	<p>03/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raio X – Hipodensidades dispersa no lobo médio e inferior direito e nas bases bilateralmente.</li> <li>• Auscultação – Murmúrio Vesicular diminuído nas bases bilateralmente e no lobo médio à direita. Sem outros ruídos adventícios.</li> <li>• O2 a 4l/min para saturações de 99%</li> <li>• Observação: sem sinais de dificuldade respiratória aparentes, excepto a referência a cansaço para pequenos esforços. Escala de Borg de 1 em repouso e 2 para pequenos esforços. Respiração de predomínio torácico, simétrica, com diminuição da profundidade dos movimentos respiratórios. Não se observam cifose ou escoliose que condicionem a respiração.</li> <li>• Assistida técnica respiratória com alinhamento corporal, mobilização da articulação escapulo-umeral, dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominodiafragmática, para aumentar a ventilação nas bases pulmonares bilateralmente. A</li> </ul>
		Capacidade para otimizar a respiração, presente			

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir oxigénioterapia.</li> </ul>	<p>doente apresenta uma respiração de predomínio torácico, pelo que foi realizado bloqueio da região torácica na inspiração;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executada técnica de reeducação respiratória diafragmática e reeducação respiratória das hemicúpulas, com execução de compressão, para promover a ventilação destes campos.</li> <li>• Executada técnica reeducação costal global, para promoção da expansão pulmonar.</li> <li>• Executada reeducação costal seletiva para promover a ventilação das bases bilateralmente.</li> <li>• Durante os exercícios por manter saturações periféricas superiores a 96%, decide-se reduzir aporte de O<sub>2</sub> para 3l/min</li> </ul> <p>04/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doente calma, eupneica, com O<sub>2</sub> a 2 l/min. AC – MV mantido em todos os campos pulmonares, com roncosp dispersos no lobo médio à direita e crepitações nas bases bilateralmente.</li> <li>• Foi realizado ensino e treino sobre medicação inalada. A doente demonstra ter adquirido</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

					<p>conhecimentos sobre a técnica e capacidade para a sua execução.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executado alinhamento corporal, mobilização da articulação escapulo-umeral e massagem de relaxamento na região do trapézio.</li> <li>• Instruída dissociação dos tempos respiratórios, que a doente tenta cumprir, no entanto, mantém ainda respiração com predomínio torácico, embora simétrica.</li> <li>• Executada técnica de reeducação diafragmática e de ambas as hemicúpulas, associado a manobras acessórias de compressão, para aumento da ventilação pulmonar nos campos inferiores.</li> <li>• Executada reeducação costal global, para aumento da ventilação em todos os campos pulmonares.</li> <li>• Executada reeducação costal seletiva bilateralmente, com manobras acessórias de compressão e vibração para fomentar a limpeza das vias aéreas inferiores e ventilação das bases bilateralmente. Doente expeliu secreções espessas amareladas.</li> <li>• Reduzido aporte de O<sub>2</sub> para 1l/min</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

					<p>06/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AP: Murmúrio Vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Discretos ronos no lobo médio à direita.</li> <li>• Doente eupneica em ar ambiente, nega cansaço para pequenos esforços.</li> <li>• Executado alinhamento corporal e massagem relaxante na região escapular. Doente mantém respiração de predomínio torácico.</li> <li>• Realizada reeducação diafragmática da região posterior do diafragma e reeducação da hemicúpula direita e esquerda, com o objetivo de promover a ventilação dos campos pulmonares inferiores.</li> <li>• Realizada reeducação costal inferior para aumento da ventilação das bases pulmonares.</li> <li>• Incentivada e supervisionada realização de reeducação costal global com bastão e reeducação costal seletiva, para aumento da expansão pulmonar e promoção da ventilação em todos os campos pulmonares.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

- |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"><li>• No final da sessão doente eupneica com saturações de 98% em ar ambiente. Não expeliu secreções.</li></ul> |
|--|--|--|--|--|---|



**Apêndice XXVIII – Instrumento de colheita de  
dados- avaliação neurológica**



<b>Avaliação -</b>	<b>Data -</b>	
<b>Orientação:</b>	<b>Orientado</b>	<b>Desorientado</b>
Autopsíquica (próprio)		
Alopsíquica (tempo e espaço)		
<b>Pares cranianos</b>	<b>Alterado</b>	<b>Não Alterado</b>
I, II, III, IV, VI – <b>olfato</b> , <b>piscar</b> os olhos alternadamente, <b>seguir dedos</b> nos vários campos e a várias distâncias		
V, VIII, XII- reflexo córneo palpebral, mastigar deitar a <b>língua</b> de fora, sentir tocar na face		
VIII – alternar a voz		
IX, X – reflexo do vômito, elevação do palato, alterações na voz, <b>deglutição</b>		
XI – voltar o <b>pescoço</b> para a direita e para a esquerda, elevar os <b>ombros</b>		
Teste de queda de braço	Dirt:	Esq:
Coordenação mão -nariz	Dirt:	Esq:
Força no membro superior	Dirt:	Esq:
Espasticidade membro superior	Dirt:	Esq:
<b>Sensibilidade MS</b>	Dirt:	Esq:
Força flexão membro inferior	Dirt:	Esq:
Força em extensão MI	Dirt:	Esq:
Força com resistência MI	Dirt:	Esq:
Coordenação calcanhar - joelho	Dirt:	Esq:
<b>Sensibilidade MI</b>	Dirt:	Esq:
<b>Equilíbrio</b>	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
Estático sentado		
Dinâmico sentado		
Estático em pé		
Dinâmico em pé		
<b>Marcha</b>		
Marcha Parética com Steppage (exagerado levantamento do joelho com pé pendente)		
Marcha Parética Espástica (MI em extensão arrasta o pé)		
Marcha Hemiplégica (perna espástica faz movimento de circundação com a ponta do pé para o chão)		
Marcha Atáxica Espinhal ou Tabética (o pé levanta demasiado e é atirado para o chão descoordenadamente com força excessiva)		
Marcha Atáxica Cerebelosa ou Ébrio (oscilante, com frequentes hesitações, paragens e desvios laterais)		
Marcha Parkinson (passos curtos, os pés arrastam)		
Marcha de Pequenos Passos		

(andar vagaroso, reduzido levante dos pés, passos pequeno, as pernas parecem travadas)		
<b>Condições Habitacionais:</b>		
Casa térrea:	Andar:	Elevador:
Escada para entrar em casa:	Escadas dentro de casa:	Eletricidade:
Saneamento básico:	Água canalizada:	Agregado familiar:
<b>Observações:</b>		

## **Apêndice XXIX – Processo de enfermagem IV**

## PROCESSO DE ENFERMAGEM IV

Doente com 74 anos de idade, sexo feminino, independente, reside sozinha, com 2 filhos muito presentes.

**Antecedentes clínicos:** HTA, História de AIT há 10 anos, Queratone Actínica, Status pós Apendicite aguda submetida a Apendicectomia em 2011, Gonartrose.

**Medicação habitual:** Codiovan id; Ramipril id ; Lecarnidipina id; Rilmenidina id; Inderal id; Tromalyt 100 mg id.

**Historia clínica atual:** admitida no S.U. no dia 30 de novembro por afasia de expressão, disartria, hemiparésia direita.

### MCDTs realizados:

- Analiticamente: Hb15, Leuc. 6.600, FR nomel Creat. 0.64; Ureia 23; ionograma - equilibrado Na<sup>+</sup> 141; K<sup>+</sup> 3.2; PCR 0.95
- ECG em ritmo sinusal FC 69 bpm
- TC CE: Ausência de densidades hemáticas intracranianas. Não se observam sinais precoces de enfarte isquémico
- TC CE as 24h: Ausência de sinais seguramente sugestivos de lesão vascular isquémica aguda/em evolução pela, presente técnica. Padrão de leucoencefalopatia microangiopática crónica, a que se associam múltiplas hipodensidades circunscritas núcleo-capsulares e subcorticais, de presumível etiologia vascular isquémica e impossíveis de datar com precisão pela, presente técnica, não se podendo excluir lesões recentes no seu seio, particularmente na ausência de clínica localizadora.
- Angio- TC dos vasos do pescoço e CE: Ausência de aspetos sugestivos de aneurismas ou outras lesões malformativas vasculares, MAVs ou FAVs.

### PROBLEMAS:

1. AVC ISQUEMICO
2. PARALISIA FACIAL CENTRAL A DIREITA
3. HEMIPARESIA BRAQUIAL A DIREITA
4. DISARTRIA
5. HEMIHIPOSTESIA A DIREITA
6. HTA
7. Hx de AIT
8. QUERATONE ACTÍNICA
9. GONARTROSE

Avaliação dos pares cranianos	
I – Olfativo	Não se registaram alterações olfativas
II – Ótico	Sem alterações da acuidade visual nos diversos campos visuais
III – Oculo Motor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Movimentos oculares mantidos aparentemente simétricos e sem oftalmoparésias, em todos os campos visuais avaliados
V – Trigémio	Apresenta motricidade da mandíbula ligeiramente alterada, por desvio discreto da comissura labial, para a esquerda
VII – Facial	Não se observa ptose palpebral. Mantendo a pálpebra mobilidade de movimentos. Movimentos da mandíbula alterados em grau reduzido, por desvio da comissura labial, para a esquerda
VIII – Vestíbulo - Coclear	Sem alterações grosseiras da acuidade auditiva
IX – Glossofaríngeo X – Vago	Não se observaram alterações da deglutição. Mantém reflexo do vômito. Disartria
XI – Espinhal	Mantém movimentos do pescoço sem alterações. Apresenta movimento compensatório de elevação do ombro esquerdo para conseguir realizar a extensão do membro superior esquerdo
XII – Hipoglosso	Não se observaram alterações na motricidade da língua

Não se observaram alterações da sensibilidade superficial (dolorosa, tátil e térmica) ou da sensibilidade profunda (vibratória, pressão e postural).

Mantem coordenação mão-nariz e calcanhar joelho. Teste de queda do braço superior a 20 seg.

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado e estático em ortostatismo. Ligeiro desequilíbrio na posição ortostática dinâmica, sem condicionar significativamente a marcha.

Plano elaborado recorrendo a uma conjugação entre a linguagem SClinico® utilizado pelo serviço e linguagem do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação da responsabilidade do Colégio da Especialidade de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros.



Data	Diagnostico Principal	Diagnostico secundário	Objectivos	Intervenções	Avaliações
02/12/2018	Movimento Muscular Comprometido em grau moderado no membro superior direito [entenda-se por grau moderado uma classificação de 2/5 segundo a escala de Lower]		Aumentar a amplitude articular do ombro; Evitar a formação de aderências a nível do ombro; Aumentar a força muscular no membro superior, de forma a possibilitar maior autonomia na realização das AVDs	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Avaliar movimento muscular;</li> <li>♦ Incentivar exercícios musculares;</li> <li>♦ Executar técnicas de exercitação músculo articular para aumento da força muscular através do uso de dispositivos [fita elástica de resistência ligeira];</li> <li>♦ Executar técnicas de exercitação músculo articular para melhorar a motricidade fina da mão e dedos através de dispositivos</li> </ul>	02/12/2018 A doente apresenta diminuição na força [escala de Lower 2/5], no membro superior direito, mais evidente na articulação do ombro, com limitação da amplitude no movimento de elevação do membro. Apresenta movimento compensatório de elevação do ombro. Realizada massagem no local para relaxamento da musculatura e para prevenção de ombro doloroso. Executados exercícios musculares assistidos, para aumento da força e

				<p>[mesa de trabalho com movimentos das AVDs e labirinto de peças]</p> <p>♦ Executar exercícios musculares [flexão e extensão dos dedos, flexão e extensão do polegar, oponência do polegar, adução e abdução do polegar, desvio cubital e radial do punho, flexão e extensão do punho, flexão e extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço];</p> <p>♦ Executar técnica de massagem [para evitar ombro doloroso</p>	<p>aumento da amplitude do movimento de flexão /extensão do ombro, abdução / adução do ombro de forma a promover o aumento da amplitude articular. Utilizada tábua com movimentos realizados nas AVDs, para promover a motricidade fina da mão parética. Colocada tábua afastada para incentivar o movimento de elevação do membro superior e extensão do ombro direito, aumentando a amplitude do movimento. Utilizado labirinto com peças para aumentar a</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>e posições viciosas];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Executar técnica de exercitação músculo articular ativa-assistida [flexão e extensão do ombro direito, abdução e adução do ombro].</li> </ul>	<p>motricidade fina dos dedos e mão. 04/12/2018 Doente apresenta paresia moderada no membro superior direito com aumento da força na escala de Lower de 3/5. Apresenta aumento da amplitude no movimento de abdução para cerca de 60°, mantendo ainda algum movimento compensatório de elevação. Consegue no entanto, contrariar esta elevação.</p>
		Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, ausente		<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Ensinar sobre exercícios músculo articulares;</li> <li>♦ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício</li> </ul>	<p>02/12/2018 Realizados ensinamentos sobre exercícios músculo articular relacionados com execução de AVDs, como abrir torneira, apertar molas,</p>

				muscular e articular	rodar a chave na fechadura. Que a doente consegue realizar de forma entusiasta e com facilidade.
		Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Instruir exercícios musculares;</li> <li>♦ Instruir a exercitação muscular articular;</li> <li>♦ Treinar a técnica de exercitação muscular articular;</li> <li>♦ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular articular.</li> </ul>	<p>02/12/2018</p> <p>Doente instruída sobre técnica de automobilizações e de exercícios com fita elástica de resistência ligeira [flexão / extensão do cotovelo, flexão/extensão do ombro], com o objetivo de aumentar a força muscular no membro superior direito.</p> <p>Realizada instrução sobre exercícios de motricidade fina com labirinto de peças e tábua de atividades de vida</p>

					<p>diárias para estímulo da motricidade fina da mão mais afetada. Treinados exercícios. Mostra empenho e capacidade para executar os exercícios instruídos. Apresenta alinhamento postural comprometido em grau elevado quando realiza elevação do membro superior direito.</p> <p>04/12/2018</p> <p>A Srª mantém a realização dos movimentos instruídos, com facilidade.</p> <p>Apresenta corporal comprometido em grau moderado na elevação do</p>
--	--	--	--	--	--

					membro superior direito.
02/12/2018	Movimento Muscular Comprometido em grau reduzido no membro inferior direito [entenda-se por grau reduzido uma classificação de 4/5 segundo a escala de Lower]		Aumentar a força muscular e tônus muscular no membro inferior direito Manter amplitude de movimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Incentivar exercícios musculares;</li> <li>♦ Executar exercícios musculares;</li> <li>♦ Executar técnica de exercitação músculo articular ativa-resistida;</li> <li>♦ Avaliar movimento muscular.</li> </ul>	02/12/2018 Foi realizado avaliação da força no membro inferior direito [Lower de 4/5]. A doente apresenta equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentada. Em ortostatismo mantém equilíbrio corporal mantido estático e um discreto desequilíbrio dinâmico. Marcha com apoio na mobília por medo. Apresenta marcha eficaz, com ligeiro arrastamento do pé esquerdo. Realizado exercícios muscular e articular assistido e com resistência,

					para aumento da força muscular no membro inferior esquerdo
		Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, ausente		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ensinar sobre exercícios musculo articulares;</li> <li>◆ Instruir exercícios musculares;</li> <li>◆ Instruir a exercitação musculo articular;</li> <li>◆ Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</li> </ul>	02/12/2018 Realizada instrução sobre automobilizações dos membros inferiores com boa compreensão pela doente.
		Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Instruir exercícios musculares;</li> <li>◆ Instruir a exercitação musculo articular;</li> <li>◆ Treinar a técnica de exercitação</li> </ul>	02/12/2018 A doente consegue executar técnicas de automobilização ensinadas de forma autónoma, com supervisão do enfermeiro. Doente muito motivada.

				musculo articular; ♦ Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	
02/12/2018	Andar comprometido em grau reduzido		Apresentar uma marcha eficaz e equilibrada	♦ Assistir no andar; ♦ Treinar o andar Avaliar o andar [Colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio, mover-se com marcha eficaz, subir e descer degraus de forma eficaz, andar em declives de forma eficaz, percorrer pequenas distâncias dentro do	02/12/2018 Realizado treino de marcha com apoio no mobiliário [por medo da doente], percorreu cerca de 10m. Apresenta ligeiro arrastamento do pé direito.  04/12/2018 Realizado treino de marcha, sem apoio. Doente mais autónoma. Percorreu cerca de 40 m. Realizado treino de escada com apoio no corrimão [subir e descer], doente



				quarto, percorrer distâncias moderadas (ex. quarto, sala, wc).	apresenta discreto desequilíbrio que compensa eficazmente.
02/12/2018		Capacidade Para Executar Técnica de Adaptação Para Andar, presente		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Treinar o andar</li> <li>◆ Instruir a técnica de marcha</li> <li>◆ Instruir a andar</li> <li>◆ Ensinar sobre técnica de adaptação para andar</li> <li>◆ Avaliar capacidade para executar técnica de adaptação para andar</li> </ul>	<p>02/12/2018</p> <p>Doente muito motivada para a execução de treino de marcha. Foi instruída sobre cuidados com as quedas no domicílio [tipo de calçado a utilizar, iluminação do ambiente, controlo de fatores de risco preveníveis como utilização de tapetes, fios elétricos mal-acondicionados] e sobre a necessidade de elevar o pé direito para a realização da passada eficazmente.</p>

					<p>04/12/2018</p> <p>Doente instruída sobre a técnica de adaptação para andar, consegue elevar o pé direito na maioria dos passos realizados, pelo que, se inicia treino de escada. Com boa colaboração. Senhora menos apoiada em mobiliário.</p>
--	--	--	--	--	---

**Apêndice XXX – Folheto- “Exercícios para fortalecimento da musculatura da face”**



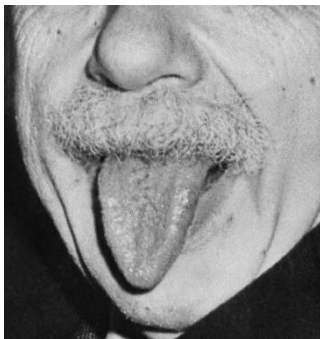
Assobiar



“Dar beijinhos”



Segurar uma espátula ou cabo de uma colher  
entre os lábios



Língua fora e dentro da boca (várias vezes  
seguidas). Primeiro a direito, depois a língua vai ao  
canto esquerdo e depois ao canto direito

- Realizar os exercícios, todos os dias da semana.
- 10x por dia
- 10 repetições de cada vez

**Apêndice XXXI – Folheto- “Exercícios de fortalecimento muscular e reeducação ao esforço”**



## **Exercícios de fortalecimento muscular e reeducação no esforço**

**Sr. °**, o exercício mais importante para melhorar a sua condição física é andar. O mínimo recomendável são 20 a 30 minutos 5 dias na semana.

Inicie sempre por uma caminhada ao seu passo confortável e em terreno plano. Vá caminhando progressivamente, aumentando a distância e o tempo a cada dia. Deve começar por períodos mais curtos, por exemplo por 5 a 10 minutos e ir aumentando 1 minuto por dia, até completar os 30 minutos.

Utilize a bengala de apoio do seu lado esquerdo. A bengala deverá ter aproximadamente metade da sua altura calçado.



**Controle a sua respiração.** Inspire pelo nariz e expire lentamente, com os lábios semicerrados (o deitar fora deve ser o dobro do encher de ar). Na inspiração conte para si 1, 2; na expiração conte para si 1,2,3, 4.

Este tipo de respiração deve ser seguido durante a realização dos exercícios que lhe apresento a seguir.

Quando estiver a realizar esforço (levantar, apertar, ...) deve complementar com a inspiração, expirando quando faz menos esforço.

**Sr. °** Alfredo, se durante a realização dos exercícios sentir dor ou algum mal-estar, deve parar de imediato e informar a enfermeira.

## Sentar e Levantar



1. Sentado numa cadeira com as costas direitas, as pernas paralelas, segurando uma almofada com os joelhos
2. Os pés devem ser colocados bem assentes no chão, a formar um angulo de 90º
3. Braços esticados para a frente
4. Inclinar o tronco para a frente e levantar-se até se encontrar totalmente de pé, sem nunca deixar cair a almofada (inspira)
5. Voltar a sentar (expira)

Sentar e levantar por **4 x**, descansar 1/2 min, fazer **mais 4 x**

Realizar este exercício a **meio da manhã**

## Apertar e relaxar



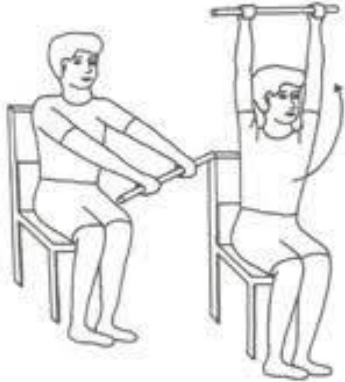
1. Sente-se numa cadeira com os pés assentes no chão, formando um angulo de 90º
2. Coloque uma bola entre os joelhos e aperte bem
3. Aperte (inspira) e relaxe (expira) por **4 x**
4. Descanse 1/2 min
5. Volte a apertar e relaxar por **mais 4x**

Realizar este exercício a **meio da manhã**



## Exercício com bastão

Deve realizar este exercício, sentado numa cadeira com as costas bem direitas e apoiadas no espaldar da cadeira.



1. Esticar o braço e agarrar o bastão com as duas mãos à largura dos ombros
2. Elevar os braços até acima da cabeça (*inspirar*)
3. Baixar os braços direitos, voltando à posição inicial (*expirar*)

Repita os exercícios **4x** descanse cerca de 1/2 min e volte a realizar **mais 4x** descansar voltar a repetir **4x**

Realize estes exercícios a **meio da manhã**

## Exercícios com meia

Mantenha-se sentado na cadeira com as costas bem direitas e apoiadas no espaldar da cadeira.



1. Agarrar nas meias com as mãos à largura dos ombros (em cima das suas pernas)
2. Eleve os braços
3. Estique a fita até lhe ser confortável (*inspire*)
4. Encolha a fita (*expire*)
5. Baixe os braços (continue a expirar)

Repita os exercícios **4x** descanse cerca de 1/2 min e volte a realizar **mais 4x** descansar voltar a repetir **4x**

Realize estes exercícios a **meio da manhã**

## Exercícios com meia

Mantenha-se sentado na cadeira com as costas bem direitas e apoiadas no espaldar da cadeira.



1. Agarrar nas meias com as mãos à largura dos ombros
2. A mão esquerda fica na lateral da cadeira em baixo
3. A mão direita fica em frente à barriga na diagonal, junto ao corpo
4. Estique a meia até lhe ser confortável (inspire)
5. Volte a mão direita à posição inicial (expire)

A mão esquerda não se movimenta

Repita os exercícios **4x** descanse cerca de 1/2 min e volte a realizar mais **4x** descansar voltar a repetir **4x**

Realize estes exercícios a **meio da manhã**

**Repita o exercício trocando as mãos**

**Sr. °** , outro exercício muito aconselhado para a sua condição seria encher o balão.

Inspire pelo nariz e expire pelo bocal do balão. Quando o balão estiver cheio, solte o ar que se encontra dentro do balão para a atmosfera.

Deve realizar este exercício pelo menos 4 vezes ao dia, em conjuntos de 4 repetições.

**Elaborado por:**

Enf.<sup>a</sup> Carla Mateus

**Orientação:**

## **Apêndice XXXII – Processo de enfermagem V**

## **PROCESSO DE ENFERMAGEM V**

Doente do género masculino, 84 anos. Autónimo e residente em casa própria. Reformado, ex-pescador

### **História pessoal:**

- HTA
- Insuficiência cardíaca
- FA paroxística
- DM tipo 2 não Insulino-tratado, com bom controlo glicémico (HgA1c 6,5% - 31/10)
- Dislipidémia
- Hiperuricémia
- Quisto renal esquerdo volumoso
- Alergia à penicilina

### **Doença actual:**

- Doente no seu estado de saúde habitual até às 14:30 de dia 31/12, altura em que iniciou quadro súbito de diminuição da forma muscular no hemicorpo direito e perturbação da fala, enquanto se encontrava deitado no sofá. Neste sentido foi trazido ao SUG, sendo ativada a Via Verde de AVC à admissão.

### **Exame objectivo à admissão:**

- Doente deitado no leito, colaborante dentro das suas possibilidades
- Mucosas coradas e hidratadas
- Hipertenso (209/107 mmHg), ligeiramente taquicárdico (80-110bpm)
- AC: sons cardíacos arrítmicos
- Ligeiramente polipneico em ar ambiente, SatO<sub>2</sub> 96%
- AP: MV mantido bilateralmente, com ferveores em ambas as bases e tempo expiratório prolongado
- Abdómen livre, com débito urinário mantido

- M inf: edema bilateral (godet ++)
- Vígil. Erra idade e mês. Disartria moderada. Afasia: nomeia 1/3, repete frase com parafasias fonémicas
- Cumpre ordens simples mas não complexas
- Hemiparésia direita flácida grau 4
- Sem assimetria da sensibilidade relevante
- Não colabora nas provas dedo-nariz e calcanhar-jelho à direita
- NC: apenas parésia facial central moderada
- Sem sinais meníngeos
- NIHSS=10

#### **Meios Auxiliares de Diagnostico:**

- **TC-CE + angio-TC:** "Sem densidades hemáticas recentes intracranianas.
- **GSA (4L/min):** pH 7,43; pCO<sub>2</sub> 39,6; pO<sub>2</sub> 138,0; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 26,3; Sato<sub>2</sub> 96,0%; lactato 0,7
- **Avaliação analítica:** Sem anemia (Hg 14,5 g/dl), Leucócitos 13.500 com 47,2% neutrófilos; PCR 4,21, Plaquetas 189.000, Função renal: ureia 31; creatinina 1,08, Sem alterações do Ionograma e da enzimologia hepática, Sem elevação de marcadores de lesão miocárdica, INR 1,2
- **ECG:** ritmo de FA, com RV controlada; sem desvio do eixo eléctrico; complexos QRS estreitos, com boa progressão nas derivações pré-cordiais; alterações não específicas da repolarização ventricular

**Avaliação da Neurologia:** considera a hipótese diagnóstica de AVC no território da ACM esquerda de provável etiologia cardioembólica, sugerindo repetição de TC-CE após 24h para decidir timing de introdução de anticoagulação e controlo tensional progressivo. Consideraram igualmente não existir indicação para fibrinólise dado o doente se encontrar hipocoagulado em ambulatório.

DATA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	AVALIAÇÃO
04/01/2019	Movimento Muscular comprometido em grau elevado no membro superior direito e no membro inferior direito [entenda-se por grau elevado um avaliação da força muscular de 0/5, segundo a Escala de Lower]	<p>Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, ausente</p> <p>Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, ausente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter a integridade das estruturas articulares;</li> <li>➤ Manter a amplitude de movimentos;</li> <li>➤ Conservar a flexibilidade prevenindo a instalação do padrão espático e ombro doloroso;</li> <li>➤ Evitar aderências e contraturas musculares;</li> <li>➤ Melhorar a circulação de retorno;</li> <li>➤ Evitar a perda de massa óssea resultante da imobilidade;</li> <li>➤ Manter a imagem psico-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pesquisa no processo clínico [notas médicas e meios auxiliares de diagnostico realizados];</li> <li>➤ Avaliar movimento muscular;</li> <li>➤ Incentivar exercícios musculares;</li> <li>➤ Executar técnica de exercitação músculo articular passiva nos diversos segmentos do hemicorpo direito 1x/dia, 8 repetições];</li> <li>➤ Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [auto mobilizações dos membros superiores e mobilização passiva do membro superior mais afetado pelo membro superior menos afetado];</li> <li>➤ Ensino, instrução e treino de exercícios musculares e articulares de aumento da força no membro superior menos afetado;</li> </ul>	<p>05/01/2019</p> <p>Doente orientado autopsiquicamente, mas não alopsiquicamente (desorientado no tempo). Não consegue colaborar na realização dos testes dedo-nariz, calcanhar Joelho e da queda do braço por hemiplégia à direita. Não se observam alterações quando testes realizados à esquerda. Mantém hemianestesia em todo o hemicorpo direito, exceto na face. Realizada mobilização passiva de todos os segmentos do membro superior e inferior do hemicorpo direito, não se observando alterações no grau de hemiplégia já referido anteriormente. Não se observam limitações articulares e o doente nega queixas álgicas. Doente mantém hipotonia.</p>

			sensorial e psico-motora.	<p>➤ Supervisão de exercícios musculares e articulares realizados;</p>	<p>Realizado levante com auxílio de elevador vertical para realização de carga nos membros inferiores. O doente aguentou cerca de 15 min.</p> <p>Realizados ensino e instrução sobre exercício muscular e articular dos membros, doente recetivo embora por alguns períodos apresente dificuldade em cumprir ordens simples.</p> <p>06/01/2019</p> <p>Realizada mobilização passiva dos segmentos do membro inferior e superior do hemicorpo direito. Doente mantém hemianestesia em ambos os membros e classificação na Escala de Lower de 0/5.</p> <p>Realizada carga no leito com o membro inferior.</p> <p>Realizado exercício da ponte que o doente realiza elevando o hemicorpo direito por arrasto, tendo o</p>
--	--	--	---------------------------	--	--





			<p>➤ Melhorar o tônus muscular na região do tronco.</p>	<p>calcanhar/joelho, consegue suportar o próprio peso em diferentes posições, utilizar escala de Berg];</p> <p>➤ Incentivar a manter o equilíbrio corporal;</p> <p>➤ Executar técnicas de treino de equilíbrio [exercício de ponte, rolamentos no leito, adução e exercícios na beira do leito de desequilíbrio]</p> <p>➤ Assistir na técnica de treino de equilíbrio [facilitação cruzada, ponte e rolamento no leito].</p> <p>➤ Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>➤ Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural, equilíbrio estático sentado, equilíbrio estático dinâmico];</p> <p>➤ Treinar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>Ensinado, instruído, treinado e incentivada correção postural e alinhamento corporal.</p>
--	--	--	---	---	--